

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

264

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 Mai 1906, à 1 heure

PAR

François de LACOSTE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES HÉMORRAGIES

**Qui ont leur source en dehors de la Cavité Utérine
Pendant et Après l'Accouchement.**

Président : M. BUDIN, professeur

Juges { *MM. BONNAIRE, agrégé*
DEMELIN, agrégé
BRINDEAU, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie		P. POIRIER
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIASDUVAL
Opérations et appareils		SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER.
Clinique médicale	}	HAYEM
		DIEULAFOY.
		DEBOVE
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		LE DENTU.
Clinique chirurgicale	}	TERRIER.
		BERGER.
		RECLUS.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGREY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

J. DE PERCIN-NORTHUMBERLAND

Mon ancien Professeur de Philosophie.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BUDIN

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des Hémorragies qui ont leur source en dehors
de la Cavité Utérine
PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT

INTRODUCTION

L'hémorragie constitue l'accident le plus fréquent et le plus redouté de la délivrance.

Normalement l'expulsion du délivre s'accompagne d'un certain écoulement sanguin, dont la quantité varie de 150 à 300 grammes, mais cette quantité, en quelque sorte physiologique, peut être parfois dépassée de beaucoup, et l'on se trouve alors en présence d'une hémorragie de la délivrance. Habituellement le sang vient de l'utérus, il s'agit de l'hémorragie classique par inertie utérine. Cependant, il faut savoir que l'utérus n'est point l'unique source des hémorragies de la délivrance, que les lésions de la vulve, principalement celles des petites lèvres, du clitoris et du vestibule, la rupture d'une varice

ou d'un thrombus, les déchirures du vagin et du col, peuvent donner lieu à des pertes sanguines abondantes qu'il importera de ramener à leur véritable source, si l'on veut éviter de funestes accidents. C'est l'étude de ces hémorragies non utérines qui fera l'objet de notre thèse.

Arrivé au terme de nos études, nous nous faisons un agréable devoir de remercier nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux. Que MM. les professeurs Guyon, Le Dentu, Terrier, Pouchet, Brissaud, M. le professeur agrégé Gosset, MM. les D^{rs} Barthet Comby, médecins des hôpitaux, reçoivent l'assurance de notre profonde gratitude.

M. le professeur agrégé Demelin a particulièrement droit à notre reconnaissance pour l'extrême bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A M. le D^r Macé, accoucheur des hôpitaux, nous devons d'avoir été présenté à M. Porak qui a bien voulu nous accorder l'autorisation de consulter les registres de la Maternité : nous ne saurions trop les en remercier.

Nous adressons nos plus sincères remerciements à M. le D^r Planchon, qui nous a donné l'idée première de ce travail et dont les conseils nous ont été si précieux.

Nous nous souviendrons toujours de l'honneur que nous a fait M. le professeur Budin, en acceptant de présider notre soutenance. Une excellente occasion nous est offerte ici de lui dire combien nous

sommes heureux d'avoir fait notre stage d'accouchements dans le service qu'il dirige. Ses leçons cliniques, émaillées d'anecdotes instructives, resteront gravées dans notre mémoire.

HISTORIQUE

Autrefois, toutes les hémorragies qui survenaient après l'accouchement, qu'elles fussent abondantes ou de faible intensité, étaient attribuées à l'inertie utérine. Sans examiner l'état de la matrice, on administrait au plus tôt une dose d'ergot de seigle. Aussi (1) Van Hoesendouck a-t-il pu dire : « Les auteurs qui « ont écrit sur les hémorragies qui compliquent la « parturition avant, pendant ou après l'accouche- « ment, leur reconnaissent une origine exclusive : « toutes proviennent de la matrice. »

Ce ne fut que vers la fin du xvii^e siècle que l'on songea à la possibilité d'hémorragies ayant leur source dans le canal génital, c'est-à-dire entre l'orifice interne du col de l'utérus et l'orifice vulvaire.

Mauriceau (2), dans son *Traité des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*, parle « des contusions et des déchirures aux parties basses de la femme »

1. Van Hoesendouck. *Annales de médecine d'Anvers*, 1861.

2. Mauriceau. *Traité des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*, p. 399. Chap. vii, liv. III. Liv. I, chap. xvii, p. 144, 1675.

etil ne fait aucune allusion aux hémorragies auxquelles elles peuvent donner naissance. Ailleurs il est question de l'enflure variqueuse et de la douleur des cuisses et des jambes, des hémorroïdes. Mais pas un mot des varices des organes génitaux.

En 1694, Peu (1), dans sa *Pratique des accouchements*, fait mention « des veines et des artères qui « arrosent le col de la matrice et le remplissent quel-
« quefois d'un sang atrabilaire et mélancolique ». Quand elles sont trop pleines, ajoute-t-il, elles font des varices qui, en se rompant, peuvent donner lieu à une perte de sang considérable, capable de faire subitement mourir.

Le *Traité des accouchements* de Deleurye (2) signale des hémorroïdes qui se forment dans l'intérieur du vagin, surtout quand la tête ne progresse pas et qui peuvent se rompre en donnant naissance à un écoulement de sang qui ne cesse que lorsque l'accouchement est terminé.

Baudelocque (3) (1807) rapporte l'observation d'une tumeur formée par une infiltration sanguine qui parut aussitôt après l'accouchement : il s'agit d'un thrombus.

En 1825, dans sa *Pratique des accouchements*, M^{me} Lachapelle (4) nous avertit des hémorragies pou-

1. Peu. *Pratique des accouchements*, p. 609, 1694.

2. Deleurye. *Traité des accouchements*, p. 123, 1770.

3. Baudelocque. *Art des accouchements*, 1807.

4. M^{me} Lachapelle. *Pratique des accouchements*, vol. III, p. III.

vant se produire à la suite des lésions de l'orifice utéro-vaginal. Elle émet aussi cette opinion qu'une hémorragie peut être la conséquence de toute déchirure du vagin. Après avoir décrit la richesse vasculaire de ce canal, elle ne s'étonne pas que des varices puissent s'y former et se déchirer pendant le travail de l'accouchement. A l'appui de son dire, elle rapporte quelques observations fort intéressantes.

Duparcque (1), en 1839, mentionne les déchirures du col comme cause possible d'hémorragies après l'accouchement : il en donne le traitement.

En 1869, Naegelé et Grenser (2) publient à Strasbourg un *Traité pratique de l'art des accouchements* où l'on peut lire : « Les lacérations du vagin, les rup-
« tures des vaisseaux sanguins du vagin et de la
« vulve, les déchirures considérables du périnée
« peuvent donner lieu à de fortes hémorragies, après
« la sortie de l'enfant. Ce qui permet de distinguer
« ces hémorragies de celles dues à l'inertie utérine,
« c'est l'état de la matrice qui est rétractée, dure et
« petite. Quelquefois le sang apparaît d'une façon
« intermittente, et l'on constate que chaque con-
« traction est accompagnée d'un écoulement plus
« abondant, il est nécessaire de procéder à une
« exploration plus minutieuse pour savoir si le sang
« provient réellement de l'utérus, ou bien s'il est

1. Duparcque. *Traité des maladies des femmes*.

2. Naegelé et Grenser. *Traité pratique de l'art des accouchements*, p. 625, 1869.

« fourni seulement par les vaisseaux du vagin, de
« vulve ou du périnée. »

Shrøeder (1), dans son *Manuel d'accouchement*, traduit par le Dr Charpentier, consacre un chapitre aux déchirures du vagin. Elles ne donnent lieu, selon lui, que très rarement à de fortes hémorragies. Il attache plus d'importance aux lésions de la région clitoridienne dont le tissu caverneux très vasculaire peut fournir des hémorragies considérables. « Quelquefois, dit-il, le sang jaillit de plusieurs branches artérielles, plus souvent l'hémorragie se fait comme à travers une éponge. »

Playfair (2) constate à son tour que l'entrave apportée à la circulation pendant le travail, à la fois par la compression de la tête et par les efforts violents de la femme, produit un engorgement et une distension des vaisseaux, d'où peut résulter une rupture, et par suite une hémorragie.

Mathews Duncan (3), de Dublin, fit paraître en 1874 un livre intitulé : *Mécanisme de l'accouchement*, traduit deux ans plus tard par le professeur Budin, où nous relevons le passage suivant : « Une hémorragie considérable et même mortelle peut être

1. Shrøeder. *Manuel d'accouchements*, traduction du Dr Charpentier, 1875, p. 601.

2. Playfair. *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, traduction du Dr Vermeil.

3. Mathews Duncan. *Mécanisme de l'accouchement*. Traduct. du professeur Budin.

« prise à tort pour une hémorragie *post-partum*,
« quand elle vient d'une source qui n'est nullement
« soupçonnée. Parmi ces hémorragies qu'on ne soup-
« çonne pas sont les lésions du col, du vagin, du
« périnée, des lèvres, etc., etc... J'ai vu une artère
« du périnée saigner abondamment douze heures
« après la délivrance. »

En 1877, Fritsch de Halle (1), dans le *Deutschen Zeitschrift für praktische medicin*, publie un article où il traite des hémorragies du col.

Klaproth, Winkel, Poppel, Müller publient des cas de morts dus à des hémorragies clitoridiennes.

En France, Laroyenne (2) rapporte dans le *Lyon médical* six cas de rupture de corps caverneux du clitoris.

Le 21 avril 1876, dans une communication faite à Société de Biologie « sur un signe permettant de
« reconnaître une hémorragie des parois du vagin
« après l'accouchement », en 1878 et 1880 dans ses deux thèses d'agrégation, M. le professeur Budin attire de nouveau l'attention sur ce genre d'hémorragies (3).

1. Fritsch. *Deutschen Zeitschrift für praktische medicin* (1877).
Die Diagnose therapie der Nachblutungen ans grossen cervical-
rissen.

2. Laroyenne. *Lyon médical*, 1874.

3. Budin. « Note sur un signe permettant de reconnaître une
hémorragie des parois du vagin après l'accouchement. » *Pro-*
grès médical, mai 1877.

Budin. *Des lésions traumatiques chez la femme dans les*
accouchements artificiels. Thèse d'agrég., 1878.

Budin. *Des varices chez la femme enceinte.* Th. d'agrég., 1880.

Presque à la même époque, il inspira les deux thèses qui se rapportent le plus à notre sujet, celle du D^r Bordas (1880) et celle du D^r Roche (1886).

En 1887, le D^r Thore fait une thèse où il étudie les déchirures des parties supérieures et latérales de la vulve dans les accouchements : les hémorragies qui en découlent y sont rapidement étudiées.

Le D^r Laborde, en 1891, soutient sa thèse intitulée : *Hémorragies par déchirures du col après l'accouchement*.

En 1893, le D^r Sallé étudie les déchirures du vagin pendant l'accouchement ; il insiste fort peu sur les hémorragies auxquelles elles peuvent donner lieu.

En 1894 dans son *Traité de l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique*, Tarnier (1), dit « que les hémorragies provenant des plaies cervicales, vaginales ou vulvaires ne sont pas rares. » Il fait un exposé succinct des signes et du diagnostic de ces hémorragies et en indique le traitement.

En 1896, au Congrès de la Société obstétricale de France, le même auteur fait une communication sur le traitement des hémorragies *post-partum* qu'il divise en hémorragies utérines, et hémorragies du col, du vagin et de la vulve.

La même année, au Congrès international de Genève, M. Audebert, de Toulouse, fait une communication sur les hémorragies vestibulo-clitoridiennes

1. Tarnier. *Traité d'asepsie et d'antisepsie en obstétrique*, p. 435.

pendant l'accouchement. Il rapporte quatre observations fort intéressantes que nous utiliserons dans ce travail.

En 1897, Weiller soutient à Nancy une thèse sur « les hémorragies dues aux plaies du canal génital ». Une certaine place y est accordée au traitement et surtout au traitement général par les injections de sérum.

En 1900, M. le Dr Demelin publie son *Obstétrique d'urgence* où la question, hémorragies à toutes les époques de la parturition, est longuement traitée. Il insiste tout particulièrement, nous devons le dire, sur celles qui compliquent la grossesse à ses différentes époques et celles de la délivrance reconnues comme relevant de l'inertie utérine ou provenant du segment inférieur.

Dans la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, il a fait paraître un article sur les hémorragies du col après l'accouchement et il en a indiqué le traitement.

Pour en finir avec cet historique déjà long, nous citerons la thèse de Delahousse (1902): *Sur la rupture des varices vulvaires au moment de l'accouchement*, celles de Cistrier (1902), de Contencin (Montpellier, 1903), de Faivre (1904), les leçons du professeur Budin à la clinique d'Assas et enfin, les quelques traités classiques de ces dernières années, entre autres, le *Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement* de MM. Budin et Demelin.

ETIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Aux hémorragies non utérines, autrement dit aux hémorragies de la vulve, du vagin et du col, on assigne une double origine ; elles viennent soit des déchirures du canal génital, soit de la rupture des varices ou du thrombus, dont elles constituent l'un des signes importants et parfois l'un des accidents immédiats les plus graves que le médecin ait à combattre. M. Budin (1) n'a-t-il pas écrit : « Lorsque pendant l'accouchement, « il se produit une déchirure sur un « point du canal génital, on peut observer en même « temps la rupture d'un vaisseau suffisamment volumineux pour donner lieu à une hémorragie abondante... L'hémorragie reconnaît en effet quelquefois « une autre source (que l'utérus), les vaisseaux qui « occupent la vulve, le périnée, les parois vaginales « ou le col de l'utérus. » A propos des varices, le même auteur (2) dit : « Pendant l'accouchement les varices peuvent se rompre au niveau de la vulve et du vagin

1. P. Budin. Th. d'agrég. *Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels* 1878, § V, chap. IV (Lésions des vaisseaux).

2. Budin. *Des varices chez la femme enceinte*, 1880.

et donner naissance à des hémorragies graves. » Or, étudier les causes de ces hémorragies consiste à rechercher celles de ces états pathologiques qui leur donnent naissance.

Nous ne ferons pas l'histoire des déchirures cervico-vulvo-vaginales, ce serait sortir du cadre de notre sujet, nous nous contenterons d'en exposer les causes et d'établir le mécanisme de leur production ; des varices et des thrombus, nous ne ferons qu'une description rapide en insistant sur ceux qui sont le plus exposés aux ruptures et entraînent par conséquent des hémorragies.

Pour l'étude des déchirures une division simple s'impose : nous distinguerons les déchirures d'origine spontanée et celles d'origine traumatique. Les premières relèvent des causes dépendant de la mère ou du fœtus, les secondes se rapportent aux interventions de l'accoucheur, manuelles ou instrumentales. Examinons-les successivement à la vulve, au vagin, au col.

Déchirures d'origine spontanée.

Vulve. — Causes provenant de la mère. — La primiparité est une cause fréquente et importante des déchirures de la vulve.

Elles succèdent le plus souvent à l'éclatement de l'orifice vaginal. Mathews Duncan, dans son *Mécanisme de l'accouchement*, traduit par M. Budin, dit

à la page 472 : « J'ai souvent vu des primipares accoucher, même avec l'aide du forceps, sans qu'il y ait aucune déchirure du périnée, la fourchette étant intacte, mais je n'ai jamais, dans ces cas, écarté les lèvres et examiné l'orifice vaginal sans trouver une déchirure. » Autre part, il ajoute : « C'est l'orifice du vagin que je déclare être lésé d'une façon invariable dans l'accouchement normal chez la primipare. » M. Budin, dans son article « Sur l'orifice vaginal pendant l'accouchement » (*Progrès médical*, 1879, p. 717), étudiant le mécanisme de la sortie de la tête fœtale hors du canal génital chez la primipare, écrit : « Est-ce la vulve, est-ce le périnée, qui mettent obstacle à sa sortie ? Non, c'est principalement l'orifice vaginal, ainsi que nous avons pu le constater maintes fois... Aussi cet orifice est-il souvent déchiré. Les déchirures sont fréquemment multiples : il en existe une en arrière et une ou plusieurs autres à droite ou à gauche. La déchirure postérieure et médiane peut pendant l'expulsion de la tête s'étendre sur la muqueuse vulvaire au niveau de la fosse naviculaire, et être le point de départ des ruptures du périnée. » D'autres fois, c'est au moment du passage des épaules que la lésion hyménéale s'étendra à la muqueuse vaginale, la tête, selon la pittoresque comparaison de Pajot, ayant fait l'office du coup de ciseaux du commis de nouveautés qui veut déchirer une étoffe, et les épaules représentant les tractions qui suffisent à la diviser.

Mais la déchirure vulvaire n'est pas toujours une

lésion de propagation, une lésion secondaire : elle peut être primitive, indépendante de toute lésion vaginale, malgré l'affirmation de Duncan. « Les déchirures de l'orifice vaginal, dit M. Budin (1), sont souvent, quoique non constamment le point de départ des lésions de la muqueuse vulvaire. » C'est aussi l'avis de M. Audebert qui, au Congrès de Genève de 1896, rapporta trois cas où l'orifice vaginal resta indemne. D'après M. Auvard (2), le mécanisme qui préside à ces lésions est le suivant : « Après avoir distendu ou rompu l'hymen, dit-il, la tête fœtale rencontre, avant de s'échapper au dehors, un canal constitué en haut par le capuchon, latéralement par les petites lèvres, en bas par la fosse naviculaire se terminant à la fourchette ; c'est le canal vulvaire qui fait suite au canal vaginal, dont il est séparé par l'orifice hyménéal... La tête en avançant, poussée par la contraction utéro-abdominale, va se coiffer de cet anneau vulvaire... Les petites lèvres, y compris le capuchon et la paroi de la fosse naviculaire, distendues outre mesure par la tête, sont exposées aux déchirures... De même que pour un vêtement trop étroit qu'on veut quand même endosser, on voit tantôt le drap (face externe) tantôt la doublure (face interne), tantôt les deux à la fois se déchirer ; on observe sur l'anneau vulvaire, tantôt des déchirures de sa face interne, tantôt de la face externe,

1. Budin. *Obstétrique et gynécologie*, p. 291.

2. Auvard. *Travaux d'obstétrique*, 1888.

tantôt de véritables boutonnières, tantôt enfin des ruptures qui, partant du bord libre, se dirigent plus ou moins dans l'épaisseur des tissus. » Dans quelques cas la lésion primitive est unique, le capuchon seul est intéressé ou les petites lèvres sont déchirées, parfois perforées comme à l'emporte-pièce. Cette variété de déchirure tient, soit à un développement exagéré du capuchon, soit à des dimensions anormales des petites lèvres qui peuvent déborder les grandes et descendre jusqu'à la fourchette. « La pathogénie, dit M. Auvard, est la même que celle des déchirures centrales du périnée... Quand les petites lèvres coiffent la partie fœtale qui s'échappe de la vulve, elles sont portées au maximum de distension et si leur élasticité n'est pas suffisante, des éraillures apparaissent à la face interne, plus rarement à la face externe ; la déchirure peut gagner le bord libre qui se sépare à ce niveau, et ultérieurement, sous l'influence de la partie fœtale, cette plaie pourra s'agrandir dans des proportions variables... Dans d'autres cas, soit parce que le bord libre présente une résistance inusitée, soit parce que le tissu des petites lèvres manque de solidité, il y a rupture dans toute l'épaisseur de la petite lèvre ; l'éraillure de la face interne gagne la face externe constituant ainsi une boutonnière sans que le bord libre de la petite lèvre soit intéressé. » Chez certaines femmes, Thore a trouvé que le bord libre de la petite lèvre était plus épais et plus dur que la partie centrale. Le mécanisme invoqué par M. Auvard est admis par M. Bar et

M. Secheyron. M. Budin pense que cette déchirure dérive d'une lésion de l'orifice vaginal. C'est l'avis de M. Maygrier qui, tout en admettant la possibilité, la coexistence des deux mécanismes, distension exagérée des petites lèvres et rupture simultanée de l'orifice vaginal, croit le mécanisme, qu'invoque M. Budin, plus fréquent.

Si la primiparité prédispose aux lésions vulvaires, à plus forte raison celles-ci pourront se produire lorsqu'il y a persistance de l'hymen, ce qui contribue davantage à rétrécir l'orifice de sortie du fœtus. L'intégralité de cette membrane, malgré les rapports sexuels, n'est pas si rare qu'on pourrait le croire au premier abord. M. Budin, sur 75 primipares, l'a trouvée 13 fois intacte. Cette fausse virginité est due à une souplesse, à une élasticité exagérée de l'hymen qui se laisse déprimer au point de permettre la copulation sans se déchirer. Au surplus, l'on sait que la fécondation peut se faire sans coaptation parfaite des organes génitaux. Or, étant donné ces faits, il n'est pas étonnant que l'hymen puisse demeurer entier jusqu'au moment du premier accouchement. Dans cette circonstance que se passe-t-il ? Ou cette membrane peu résistante, considérablement amincie, se déchirera aisément sous la poussée foétale, sans que la lésion se propage ; ou au contraire, d'une solidité exagérée, elle opposera un véritable obstacle que les violents efforts du muscle utérin ne pourront forcer qu'au prix de multiples lésions qui s'étendront aux parties voisines. Tarnier cite le cas

observé par Boivin et Dugès où les petites lèvres furent déchirées à la suite de la rupture spontanée d'un hymen persistant.

L'âge avancé de la parturiente peut-il être considéré comme une prédisposition aux déchirures ? Sans vouloir faire l'historique de cette question si controversée de tout temps, sans vouloir rappeler le fameux aphorisme de Mauriceau et la comparaison pittoresque de Dionis pour les opposer à l'affirmation si catégorique de M^{me} Lachapelle, nous admettons que les primipares âgées sont plus susceptibles d'être déchirées, et cela à cause des interventions plus nombreuses par le forceps auxquelles on les soumet par suite de la lenteur quelquefois exagérée du travail. Dubé a fait des recherches sur ce sujet. Ayant considéré trois séries de primipares d'âge différent, toutes choses égales d'ailleurs, et ayant recherché la fréquence des terminaisons artificielles par le forceps, il trouva :

Sur 301 primipares jeunes (avant vingt ans), 5 forceps = 1,6 o/o.

Sur 288 primipares d'âge moyen (entre vingt et trente ans) 5 forceps = 3,1 o/o.

Sur 219 primipares âgées (après trente ans) 55 forceps = 25 o/o.

Chez ces primipares âgées, les 55 applications de forceps ont été provoquées par la lenteur du travail, dont la durée totale moyenne a été de 28 h. 30 et celle de la période d'expulsion 3 h. 30.

L'étroitesse de l'orifice vulvaire n'est pas toujours

physiologique, elle peut être de nature pathologique, soit qu'elle relève d'une malformation congénitale, soit qu'elle dépende d'autres états morbides.

La malformation congénitale la plus importante est celle qui a été signalée par M. Budin (1). Il l'a observée chez plusieurs femmes blanches et une femme de couleur. Elle consiste en une disposition vicieuse des petites lèvres qui se joignent à leur extrémité postérieure « constituant un cercle complet et formant la fourchette ». Luschka, en 1868, dans sa description des organes de la boschimane et de Sinety, en 1882, ont décrit une disposition analogue. Des déchirures étendues peuvent en résulter au moment de l'accouchement, comme le prouve l'observation publiée par M. Budin (*Progrès médical*, 1884).

L'atrésie congénitale de la vulve aussi bien qu'une adhérence congénitale des petites lèvres prédispose aux déchirures d'autant mieux que le travail aura pu se faire facilement grâce à un vagin normal. L'orientation vicieuse de la vulve est une autre cause de déchirure. Quand l'orifice vulvaire regarde trop en avant, la tête fœtale, mal dirigée, presse fortement sur le périnée qui est menacé d'une déchirure centrale. S'il résiste, le tiers postérieur de la vulve tirailé à l'excès peut être déchiré sur ses parties latérales. Au contraire, lorsque la vulve est dirigée trop en arrière, le travail se précipite, l'orifice vul-

1. Budin, *Progrès médical*, 1884.

vaire brusquement attaqué se distend rapidement et se déchire.

D'autres états morbides, en rétrécissant l'orifice vulvaire, donnent lieu aux mêmes accidents. Certaines femmes, atteintes de vaginisme, ont pu, malgré le spasme et même en dépit de la douleur, être fécondées, à la suite d'un coït incomplet. « Il s'agit, en général, dit Levrat, de femmes récemment mariées, ayant souffert à la suite d'un premier rapprochement, ne se rebutant pas devant les obstacles habituels du début et qui, à la suite de tentatives répétées et de plus en plus malheureuses, finissent par renoncer à un acte qui n'est pour elles qu'une forme extrême de la souffrance. » Mais si pénible qu'elle ait paru, la copulation a été supportée au début, c'en est assez pour la possibilité d'une conception. D'ailleurs au moyen de certains agents thérapeutiques, l'éther par exemple, on a pu rendre le coït complet. Marion Sims relate le fait d'une dame âgée de trente ans qui, pendant trois ans, se fit éthériser deux ou trois fois par semaine et obtint ainsi deux grossesses. Il serait préférable d'employer une pommade à la vaseline cocaïnée et de faire la dilatation progressive avec la série des bougies d'Ilégar, enduites de la même vaseline. Dans ces cas, au moment de l'accouchement, la contracture peut opposer un obstacle sérieux à la sortie du fœtus et « si chez une femme non assistée, dans cette lutte de la contraction utérine et du spasme vulvaire, celui-ci est vaincu, les déchirures du périnée et des parties latérales ou

supérieures de la vulve seront inévitables. D'ailleurs il peut arriver que le spasme cesse rapidement ; l'accouchement se termine en quelques contractions d'autant plus violentes que les précédentes ont produites moins d'effet et cette terminaison brusque expose gravement les tissus » (Thore). Une dégénérescence scléreuse du bord antéro-inférieur du releveur anal, ainsi que l'a signalé M. Demelin (1), peut produire le même résultat en faisant obstacle à l'accouchement. Toutes les affections inflammatoires, furoncles, vulvites de différente nature, bartholinite et surtout les végétations, en altérant les tissus, modifieront leur élasticité et favoriseront leur rupture. L'albuminurie et les œdèmes qui en résultent agiront de la même façon. Les accidents secondaires de la syphilis donnent parfois naissance à un œdème d'une dureté spéciale, qui peut envahir les grandes et les petites lèvres en les augmentant considérablement de volume. « La dureté qu'elles présentent, dit Fournier, n'est ni celle de la tension œdémateuse qui se laisse déprimer par le doigt, ni celle de l'engorgement inflammatoire à rénitence pâteuse. C'est une sorte de dureté *sui generis*... C'est la dureté du sclérème en un mot. » Les deux grandes lèvres peuvent à la fois être envahies ou une seule est atteinte. Si les petites lèvres sont prises, la lésion

1. Demelin, « Dégénérescence scléreuse du releveur anal faisant obstacle à l'accouchement » *Revue et mémoires d'obstétrique*, p. 519.

peut s'étendre au capuchon du clitoris et au clitoris lui-même « qui prend alors, sans exagération, une véritable dureté de cartilage ». Il est évident que ces parties, ainsi privées d'élasticité, ne pourront pas livrer passage au fœtus sans déchirures. Ce n'est pas sans danger que le clitoris et le vestibule se trouveront comprimés sous la symphyse par l'occiput. Toutefois, Cistrier dit, dans sa thèse, avoir observé cet œdème chez une jeune femme dont la vulve était couverte de plaques muqueuses ; c'était une quartipare et l'accouchement n'a provoqué aucune déchirure vulvaire.

Les rétrécissements cicatriciels qui surviennent après une chute, un traumatisme, ceux qui succèdent aux lésions d'un premier accouchement, quand ils ne sont pas suffisamment ramollis par l'imbibition gravidique, pourront exercer une influence fâcheuse ; c'est ce qui faisait dire à M^{me} Lachapelle : « On sait que l'orifice de la vulve est souvent, lors d'un premier accouchement, si étroit qu'il retarde beaucoup la terminaison du travail ; mais cette étroitesse naturelle finit toujours par céder aux efforts de la tête du fœtus et par se dilater. Il n'en est pas de même des cas où ce rétrécissement est l'effet d'une cicatrice occasionnée par une plaie avec perte de substance. »

Causes provenant du fœtus. — Le fœtus constitue un agent important des déchirures vulvaires. Dans les présentations les plus favorables, avec un fœtus normal, il est possible d'observer des lésions des corps caverneux du clitoris, du vestibule, des peti-

tes lèvres. Le mécanisme même de la sortie de la tête explique ces déchirures. Quand la tête se dégage, la nuque, en s'appliquant sous le bord inférieur de la symphyse, comprime fortement les tissus qui se rompent au moment où le front franchit le périnée. Parfois la lésion présente une direction transversale circulaire, comme dans le cas de M. Duncan où « une grande partie de la lèvre droite détachée circulairement formait un lambeau considérable. »

Dans certains cas, suivant l'explication de La-royenne, « la circulation rétrograde est entravée par la compression du fœtus sur les vaisseaux de retour, et les corps caverneux tuméfiés sont pressés contre l'arcade pubienne. L'un d'eux, distendu et entraîné par la tête qui tend à sortir, se rompt avec la muqueuse qui le recouvre sur un point plus ou moins éloigné du clitoris ». Le point de départ de la lésion pourra être un pli du vestibule qui jouera le rôle de la fourchette à la commissure postérieure. Le bord de ce repli se déchire et la déchirure peut s'étendre en avant vers le clitoris ou en arrière sur les côtés de l'urètre. Dans d'autres cas, c'est au moment du passage des épaules que le vestibule distendu éclate, comme il arriva dans l'observation du Dr Gillette (1) : « On vit le sang provenir d'une déchirure du bulbe du vestibule, rupture qui s'était faite pendant le passage des épaules. »

Ces déchirures s'observent plus fréquemment chez

1. Dr Gillette. *American journal of obstetrics*, 1877.

les primipares, mais les multipares n'en sont point exemptes. Chez celles-ci, la résistance de l'orifice vaginal n'existant plus, l'expulsion se fait rapidement à travers l'orifice vulvaire qui, trop vite distendu, se déchire. « Les orifices formés par des tissus vivants, dit M. Budin, peuvent se laisser dilater à un degré quelquefois extraordinaire, lorsqu'on les distend lentement ; ils se déchirent, au contraire, avec la plus grande facilité quand on agit sur eux d'une façon trop brusque. »

Certaines positions défectueuses du sommet doivent faire craindre davantage pour les tissus maternels. L'occipito-sacrée est la plus défavorable, à cause de la distension excessive du périnée ante-anal. La rétroversion du bassin, en portant en haut l'orifice vulvaire, produira le même résultat. Nous avons déjà étudié le mécanisme de ces lésions, nous n'y reviendrons pas. Dans les présentations de la face, au quatrième temps, quand la flexion de la tête se produit, l'occiput menace beaucoup les parties de la mère. Dans les rares présentations de l'épaule où se fera l'évolution spontanée, des lésions vulvo-périnéales en seront la conséquence. Les accouchements par le siège pourront s'accompagner de déchirures, surtout au moment du dégagement des épaules plus volumineuses et de la sortie de la tête dernière qui se fait dans ces cas plus rapidement que quand elle vient la première. Mais quelle que soit la présentation, il y a toujours lieu de craindre des déchirures, lorsque l'accouchement se produit dans des condi-

tions extérieures défavorables. La femme qui, surprise par un travail trop rapide, accouche debout ou dans une voiture, aura plus de lésions à redouter de la part de l'enfant que celle qui accouche dans un lit et dont le travail est surveillé jusqu'au terme. Une dernière cause de déchirures des parties génitales réside dans les divers états pathologiques du fœtus : excès de volume de la tête, des épaules, hydrocéphalie, ascite, tumeurs diverses, etc., etc.

Lésions du vagin. — Aussi bien que la vulve, le vagin peut, pendant l'accouchement, se déchirer spontanément. Les lésions siègeront en différents points du canal. Les causes proviennent encore de la mère ou du fœtus.

La rupture de l'orifice vaginal chez la primipare est la cause la plus commune des lésions qui se voient à la partie inférieure du vagin. Elles se font parallèlement à la colonne postérieure d'un côté ou des deux côtés à la fois. M. Bar (1) en donne la pathogénie suivante : « La déchirure vaginale, point de départ de la déchirure du périnée, n'a pas un siège banal, et quand on examine un certain nombre de femmes immédiatement après l'accouchement, on se rend bien vite compte que cette déchirure siège en certains points qui sont toujours les mêmes et qui répondent aux côtés de la colonne postérieure du vagin, alors même que d'après un examen superficiel, il semblerait qu'il en fût autrement... Pendant

1. Bar. *Notes d'obstétrique*, 1889.

l'accouchement la paroi postérieure du vagin est portée à une distension beaucoup plus grande que l'antérieure et cette distension est d'autant plus grande que l'on se rapproche davantage de la région médiane postérieure. Or, en ce point est la colonne vaginale postérieure, point où la solidité de la paroi vaginale postérieure est à son maximum. La rupture spontanée siègera donc de préférence immédiatement sur les côtés de la colonne postérieure... Pour mon compte, après avoir examiné un grand nombre de femmes, je n'ai pas vu la déchirure spontanée siégeant franchement sur la ligne médiane, c'est-à-dire sur la colonne postérieure... Il n'en est plus de même quand la déchirure est produite par un instrument, il peut alors y avoir une déchirure siégeant sur la ligne médiane, sur la colonne postérieure... »

La déchirure du vagin peut s'observer aussi à la suite d'un allongement excessif de ses parois pendant l'expulsion de la tête. Dans les cas d'hystéropexies vaginales, au moment de l'accouchement, l'étirement de la paroi antérieure peut être tel qu'elle cède, ainsi que le témoigne l'observation de Strassman rapportée par M. Demelin (1). Cet allongement est quelquefois considérable : dans un cas, il a mesuré 32 centimètres entre la vulve et le col (Demelin). Les malformations congénitales doivent être incriminées. L'étroitesse et la brièveté du vagin, les différentes variétés de cloisonnement prédispose-

1. Demelin. *Revue et mémoires d'obstétrique*, p. 288.

ront aux déchirures. Les altérations cancéreuses, cicatricielles, l'albuminurie, les vaginites, les végétations en altérant les tissus favoriseront, d'une façon singulière, les ruptures. « La syphilis agirait, d'après M. Duncan, en modifiant la vitalité des tissus vaginaux qui deviennent moins souples et moins résistants qu'à l'état normal. »

Les modifications du canal pelvien, les saillies osseuses, les tumeurs pelvi-génitales seront des causes importantes de lésions du vagin. Dans certains rétrécissements du bassin, principalement dans ceux qui siègent à la partie inférieure, comme dans le bassin cyphotique où, au rétrécissement du détroit inférieur s'ajoute le rétrécissement du détroit moyen, par rapprochement des épines sciatiques, le vagin pourra être déchiré, comprimé qu'il est entre la tête arrêtée dans sa descente et la saillie des épines. Dans le *Progrès médical* (1888), M. Budin en rapporte un exemple : « On a trouvé, dit-il, le vagin lacéré et les déchirures portaient en général de la saillie des épines sciatiques. » Chez certaines rachitiques, il est possible de trouver (1), « fichées dans la concavité du sacrum, et menaçant de leur pointe dressée à l'intérieur de l'excavation », des exostoses, « véritables aiguilles, stalactites étroites, longues de plusieurs centimètres ». M. Demelin a vu, à l'hôpital Saint-Antoine, une femme qui n'était pas enceinte

1. Budin et Demelin. *Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement*, p. 923.

et chez laquelle le toucher vaginal faisait reconnaître une épine osseuse longue de 3 à 4 centimètres, hérissée vers la paroi du vagin et plantée sur la quatrième vertèbre sacrée. Avec de pareilles anomalies, on conçoit aisément que le vagin est menacé au moment de l'accouchement. Au niveau des épines pubiennes ou des éminences ilio-pectinées, il peut exister aussi des saillies aiguës et tranchantes (1). « La rareté de ces saillies tranchantes, dit Depaul, n'est assurément pas extrême, puisque sur plus de quatre-vingts bassins viciés qui sont en notre possession, il en est au moins quatre qui offrent cette particularité. Généralement c'est la crête des pubis qui en est le siège, ou plutôt c'est cette même partie qui, grâce à un développement exagéré constitue la lame tranchante. D'autres fois c'est l'éminence ilio-pectinée qui, au lieu de se présenter sous l'aspect d'une saillie ovalaire, s'est aplatie et amincie à un tel degré qu'elle revêt la forme d'une flamme vétérinaire. » Dans d'autres cas, c'est un rétrécissement marqué du détroit supérieur qui, en s'opposant à la descente fœtale, favorisera la déchirure spontanée du cul-de-sac supérieur. Voilà, dit Duparcque (2), ce qui se passe : « La tête de l'enfant étant bloquée sur le détroit supérieur ou plus ou moins engagée est retenue dans l'excavation pelvienne, la

1. Depaul. « Saillies tranchante de l'arc antérieur du détroit abdominal ». *Dict. des sc. méd. Art. : Bassin.*

2. Duparcque. *Maladies de matrice*. Tome II, p. 225.

matrice continuant de se contracter, se retire pour ainsi dire de l'enfant. Les bords de l'orifice utérin, attirés vers le fond de l'organe, remontent donc et abandonnent graduellement et quelquefois complètement la tête engagée. Il en résulte, conséquemment, que le vagin se trouve soumis à une traction active, proportionnée à l'énergie des contractions utérines et que n'opposant qu'une résistance passive, progressivement affaiblie par la distension, il finit par céder en se rompant. »

Causes provenant du fœtus. — Quelquefois sans qu'il y ait aucune anomalie du côté de l'organisme maternel, on observera une déchirure du vagin. Dans ce cas, on devra la rapporter à sa véritable cause, au fœtus. En effet pendant sa descente, une tête fœtale trop ossifiée pourra lacérer les parois de l'organe. La procidence d'un membre en augmentant le volume de la présentation, distendra outre mesure le canal, les compressions inégales qui en résulteront créeront des points de moindre résistance, d'où possibilité de déchirures. Tout enclavement dans l'excavation, qu'il soit le résultat d'un excès de volume de la partie fœtale, ou qu'il soit dû à une anomalie de présentation, fera craindre pour les tissus. Les positions postérieures du sommet, mal fléchies, et surtout la présentation du front feront courir des risques à la mère. « Pour peu que la tête soit grosse ou solidement ossifiée, le travail est lent, difficile, souvent même il s'arrête : les parois du vagin peuvent être comprimés pendant un temps plus ou moins long,

et des fistules seront à craindre pendant le *post-partum*. » (Budin et Demelin (1)).

Déchirures du col. — Les déchirures du col sont fréquentes. Emmet les a trouvées sur 32 o/o et Munde sur 30 o/o des femmes qu'ils ont examinées. La petite fissure sans importance qui se produit, lors du premier accouchement, est considérée comme normale. La plus grande résistance des tissus chez la primipare en même temps que la distension plus grande déterminée par l'occiput à gauche explique le siège de cette petite lésion. Mais des déchirures plus profondes, plus étendues, partant plus graves peuvent y apparaître. Les primipares âgées, sans doute à cause du peu d'extensibilité des tissus, y seraient plus sujettes. Les multipares ne sont pas épargnées et cela, pour la raison contraire : les tissus plus souples, plus complaisants se laissent parfois trop distendre et c'est la présentation vicieuse avec toutes ses conséquences. Nous citerons pour mémoire l'opinion de Baker et Munde, rapportée par Laborde, selon laquelle, la pauvreté serait une cause prédisposante, les femmes des classes aisées ayant en général plus de soins de propreté que celles des classes pauvres. La dilatation brusque du col, ou au contraire sa compression trop longtemps prolongée favoriseront les déchirures. Les violents efforts de la femme avant la dilatation complète pro-

1. Budin et Demelin. *Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement*, p. 248.

duiront le même effet. D'après Duparcque, un mouvement brusque de la malade qui se redressa tout à coup sur son lit détermina une déchirure du col. La rupture prématurée des membranes pourra être funeste, en supprimant la poche des eaux, ce « coin physiologique » qui dilate lentement et régulièrement le col, et en laissant cette fonction à la partie fœtale qui parfois ne l'accomplira pas sans encombre. Les différents états pathologiques, les cicatrices, les polypes, les corps fibreux diminuent la résistance du col. Le cancer et les diverses rigidités constituent les deux états morbides qui donneront le plus à craindre, et à cause des lésions étendues qui en résultent et surtout à cause des hémorragies faciles et profuses auxquelles ils donnent naissance. Dans les rigidités, les déchirures peuvent avoir lieu (1) « spontanément, quand les contractions utérines ont subsisté, poussant la présentation contre un orifice trop étroit et peu élastique ; elles finissent par en érailler la circonférence et l'entamer en un point, d'où remontera plus ou moins haut la solution de continuité. On a signalé encore l'expulsion de lambeaux de col, complètement détachés sous forme de plaques, de rondelles ». Sous l'influence du cancer, le col devient scléreux, perd toute élasticité, ou au contraire il est d'une friabilité exceptionnelle. « Des déchirures plus ou moins étendues et irrégulières fendent non seule-

1. Budin et Demelin. *Manuel prat. d'acc. et d'allaitement*, p. 807.

ment le col, mais aussi le segment inférieur : cela survient soit au début du travail, si les tissus sont friables, soit après une période plus ou moins longue de rigidité cancéreuse. » (Budin et Demelin).

Causes provenant du fœtus. — Dans certains cas, le fœtus est une cause de déchirure spontanée du col. Ainsi, dans les positions postérieures du sommet, par suite de la présence du front en avant, la paroi antérieure du col, se trouvant comprimée entre la partie fœtale et la paroi osseuse du bassin, s'infiltre, s'œdématie et perd de sa résistance ; une déchirure se produira d'autant plus facilement à ce niveau, que la femme poussera plus violemment avant que la dilatation ne soit complète. La présentation de la face sera redoutée, non seulement à cause de l'irrégularité du contour de la région, mais encore à cause de la possibilité d'une procidence. Suivant Frisch, la tête restée dernière dans la présentation du siège peut déchirer le col, celui-ci ne se dilatant jamais assez pour la laisser passer. La même lésion est imputable aussi parfois à l'excès de volume du fœtus, que cet excès de volume soit général ou localisé (hydrocéphalie, tumeurs, etc.), ou bien encore à une ossification trop prononcée qui empêche le chevauchement des os.

Lésions d'origine traumatique. — L'accoucheur, soit qu'il intervienne avec la main, soit qu'il fasse usage d'un instrument, peut déterminer des lésions au niveau du canal cervico-vagino-vulvaire. Un toucher brutal, à plus forte raison l'introduction

violente de la main, insuffisamment vaselinée, à travers une vulve étroite ou atteinte de lésions pathologiques, sont de nature à produire des déchirures de cet orifice. Des lésions analogues sont possibles au niveau du vagin : c'est, pendant le premier temps de la version, le cul-de-sac postérieur de ce canal qui sera déchiré ; pendant l'extraction, des lésions vagino-périnéales seront parfois inévitables. Plus menacé est le col : « De toutes les causes déterminantes de ses ruptures (du col), dit Duparcque, il n'en est pas de plus fréquentes que les tentatives et les manœuvres obstétricales faites à contretemps ou mal dirigées ; ainsi dans les cas où les orifices ne sont pas suffisamment dilatés, et quand leurs bords mettent seuls, par leur résistance, obstacle à l'accouchement, la présence de la main ou des instruments augmente nécessairement le volume de la partie fœtale engagée et ajoute à la pression latérale qu'elle exerçait sur le corps utérin, ou bien on provoque les mêmes résultats néfastes lorsque l'on entraîne trop brusquement l'enfant avant que la dilatation ne soit complète. »

De toutes les lésions traumatiques, les plus fréquentes et souvent les plus graves sont, sans conteste, celles produites par le forceps. « Même dans des mains exercées, nous dit Wahl, le forceps est loin d'être un instrument inoffensif. » D'après les auteurs allemands (1), on observe 80 fois sur 100 applica-

1. Weiller. Thèse, Nancy, 1897.

tions de forceps des lésions des organes génitaux. Nuchmeyer a fait une statistique des applications de forceps à la clinique gynécologique de Dresde pendant cinq années. Sur 206 applications, il a noté 175 cas de déchirures, soit 85 0/0 et il conclut : « L'application de forceps est de toutes les opérations obstétricales la plus sanglante. Les applications de forceps même dans l'excavation et le détroit inférieur peuvent produire de larges déchirures du vagin et du col, et entraîner même la mort par hémorragie et sans que le périnée soit lésé. » Il termine ainsi : « Si après une application de forceps, il persiste une hémorragie sérieuse, il faut songer à une déchirure du vagin et du col, la rechercher et la suturer immédiatement. » En six années, à la clinique de Dresde, sur 232 applications de forceps, Wahl note 41 lésions du vagin, 61 atteignant à la fois le vagin et le périnée, et 12 déchirures du col avec hémorragie nécessitant la suture, soit 81,4 0/0. M. Maygrier, à Lariboisière, sur 66 applications de forceps faites en une année, a noté 10 cas d'éraillures légères de la fourchette ou des petites lèvres, 1 déchirure du vagin et 13 du périnée. Cette plus grande fréquence des déchirures en Allemagne méritait une explication et M. Schwab, dans un article paru dans *L'Obstétrique* en 1896, la trouve dans ce fait que les Allemands se servent du forceps de Nægelé tandis qu'en France on emploie le Tarnier dont le sens des tractions se fait suivant la direction de l'axe du canal que la tête fœtale doit traverser.

A la vulve, alors que l'orifice n'est pas suffisamment dilaté, une extraction trop rapide sera la cause de la déchirure. Laroyenne rapporte que dans 6 cas de lésions du tissu caverneux du clitoris, suivies d'abondantes hémorragies, 3 ont été faites à l'aide du forceps et 1 avec la céphalotribe.

Les déchirures du vagin dues au forceps sont très nombreuses et se produisent selon des processus très variés. Tantôt, au moment de l'introduction des cuillers, celles-ci, poussées trop violemment ou maladroitement, vont perforer les parois vaginales; tantôt, l'instrument, mal appliqué sur la tête, glisse et dérape brusquement en labourant plus ou moins profondément les tissus maternels; tantôt enfin, en augmentant la circonférence de la tête fœtale qui déjà distend trop le vagin, le forceps va forcer les limites de sa résistance et le rompre. De plus, dans l'impuissance où est l'art d'imiter la nature dans ses moindres détails, l'application de forceps augmente la rapidité de l'expulsion de la tête fœtale, ce qui est loin d'être une cause rare de déchirure, et ce n'est pas sans raison que Freund a dit : « Pour que la distension et l'amincissement des parois du vagin n'amènent pas de lésions, il est nécessaire que les modifications des parties molles se fassent lentement, progressivement, sinon on est exposé à voir se produire d'emblée des déchirures plus ou moins étendues. » Parfois c'est en faisant exécuter, ainsi qu'on doit le faire dans certaines positions, un grand mouvement de rotation à l'instrument, qu'on produira

la lésion. Quand, par erreur, dans les positions postérieures du sommet, les manches du forceps occupent le plan médian du corps, l'extrémité des cuillers arrive en contact avec la paroi pelvienne : « Si on cherche alors à faire pivoter les manches autour d'un axe qui les suivrait dans toute leur longueur, les cuillers tendent à décrire un cône dont la base répond à leur extrémité : ou la rotation ne se fait pas, ou on risque de déterminer des lésions des tissus maternels. » (Budin et Demelin). Dans les présentations de la face, en position postérieure, quand le menton ne tourne pas ou au contraire se place en M. S. le grand mouvement de rotation qu'on doit exécuter pour ramener le menton sous la symphyse, fera craindre pour le vagin et d'autant plus que l'instrument peut déraper.

D'après Duparcque, nous avons vu que le forceps est loin d'être un agent inoffensif pour le col, principalement quand on extrait la partie fœtale à travers un orifice incomplètement dilaté. Dans quelques cas, c'est en appliquant l'instrument sans se rendre bien compte où est le col que celui-ci pincé par les cuillers se déchirera sous l'influence des tractions : « Appliqué sur la tête qu'il semble coiffer, le col est facilement pincé par le forceps et détaché par sa circonférence externe, soit d'un côté seulement, soit avec les deux cuillers en même temps, alors il en résulte une ou plusieurs boutonnières, de larges brides ou des lambeaux qui se rétractent considérablement après la délivrance. J'en ai vu trois exemples, dans

l'une l'extrémité des quatre doigts pouvait pénétrer entre la bride et les parois vaginales. »

Outre le forceps, le basiotribe détermine des déchirures aux parties maternelles, surtout après la réduction de la tête dont les esquilles, les débris d'os constituent des arêtes tranchantes qui peuvent lacerer les tissus. Le vagin est davantage exposé, si l'application de cet instrument se fait sur une tête qui se trouve déjà dans l'excavation. Les différentes manœuvres, les divers instruments dont on se sert pour dilater le col ne sont pas sans danger pendant le travail, *a fortiori* pendant la grossesse, alors que cet organe possède toute sa longueur. Enfin nous mentionnerons les déchirures de la paroi antérieure du vagin consécutives à la symphyséotomie.

Varices et thrombus. — A côté des plaies du canal cervico-vagino-vulvaire, il est une cause éminemment favorable à la production des hémorragies, c'est la rupture de varices ou de thrombus.

« S'il est une région, dit M. Budin, au niveau de laquelle on doit s'attendre à voir pendant la grossesse les vaisseaux se développer d'une façon exagérée, c'est évidemment la région génitale. » Ces varices sont plus fréquentes et plus importantes au niveau de la vulve et du vagin qu'au niveau du col.

« Au niveau de la vulve, on observe les varices le plus souvent d'un côté entre la grande et la petite lèvre, et c'est en écartant les parties qu'on les voit distinctement. Elles sont dilatées ou sinueuses, contournées sur elles-mêmes ou en tire-bouchon, ou bien

elles constituent de véritables paquets variqueux. De ce siège de prédilection, elles se prolongent en différents sens. Elles peuvent se continuer avec les varices du vagin, surtout chez les multipares. Le plus souvent elles atteignent le clitoris, et habituellement on les trouve développées entre le capuchon et le gland de cet organe. Elles se prolongent parfois en haut jusque sur le mont de Vénus, en dehors sur la grande lèvre et au delà. On ne les voit pas en général se développer en bas... » Les varices des grandes lèvres et celles du pénil se rompent rarement. « Celles au contraire qui sont susceptibles de se rompre plus facilement rampent sous la muqueuse vulvaire qu'elles amincissent parfois remarquablement. »

« Les varices du vagin se présentent sous l'aspect de saillies violacées plus ou moins marquées, soit sur la paroi antérieure, soit sur les parois latérales, saillies qu'on aperçoit en écartant les petites lèvres... Quand elles sont volumineuses, elles forment des bourrelets, des nodosités facilement appréciables au toucher. » Quant aux varices du col, elles peuvent exister, mais elles sont rares. Une observation de Peu (1694) relate la rupture de varices dans cette région. Quelques autres cas ont été rapportés par Blot, Winckel, Murray, etc. Ces varices cervicales donnent au toucher l'impression d'une « tuméfaction mollassse dépressible ».

« Pendant l'accouchement, les varices peuvent se rompre au niveau de la vulve et du vagin et donner naissance à des hémorragies graves. Ces ruptures

peuvent apparaître de différentes façons, elles peuvent se produire pendant le travail, avant l'expulsion du fœtus ; la compression exercée par la tête, compression qui gêne le retour du sang, explique la déchirure des vaisseaux... Mais dans la plupart des cas, les varices se rompent, au moment où le fœtus est expulsé et c'est aussitôt après l'accouchement que l'hémorragie survient. Si l'hémorragie vient des veines variqueuses de la vulve, la rupture de ces veines peut se produire de façons différentes ; tantôt la région occipitale s'étant dégagée et la nuque étant venue prendre point d'appui sous la symphyse, le sommet comprime les veines variqueuses contre les branches ischio-pubiennes et et il se produit une fissure de la muqueuse et une rupture de la veine qui saigne alors abondamment ; tantôt, au contraire, et cela s'observe surtout chez la primipare, une déchirure latérale, partie de l'orifice vaginal, s'étend obliquement de bas en haut en se dirigeant vers la partie supérieure de la petite lèvre qui peut être sectionnée en partie ou en totalité. Si des veines variqueuses se trouvent sur le trajet de la déchirure, elles sont rompues et il en résulte une hémorragie. » De même les varices du col peuvent se rompre et donner naissance à une hémorragie soit avant, soit après la sortie du fœtus.

Toutes les causes que nous avons étudiées à propos de l'étiologie des déchirures pourront contribuer à produire la rupture des varices, mais il est reconnu que ces accidents se produisent plus souvent chez

certaines femmes. Delahousse croit à une prédisposition consistant en une sorte de méiopragie vasculaire qui rendrait plus fragiles les parois des vaisseaux. Il rapporte l'observation d'une femme qui, à deux grossesses successives, eut une rupture de varices. La première fois, ce fut aux membres inférieurs, la seconde fois à la vulve ; cette seconde rupture fut suivie d'une hémorragie si abondante que la vie de la femme fut sérieusement menacée.

Comme la varice, un thrombus, qui siège à la vulve, au vagin ou, exceptionnellement, au col peut se rompre. L'accident se produit, tantôt sous l'influence d'une distension exagérée de la poche dont les parois éclatent, tantôt au moment d'une intervention, introduction de la main dans les voies génitales, ou extraction de la tête à l'aide du forceps. La rupture de ces hématomes a parfois pour conséquence des hémorragies redoutables.

SYMPTOMATOLOGIE. — HÉMORRAGIES VULVAIRES

Les hémorragies qui prennent naissance à la faveur d'une déchirure de la vulve diffèrent par leur abondance et conséquemment par leur gravité, suivant le siège qu'occupe la solution de continuité. Les lésions de la partie postérieure de la vulve s'accompagnent rarement d'hémorragies sérieuses, à moins qu'une artère périnéale ne soit intéressée. De grandes déchirures du périnée produisent à peine un léger écoulement de sang, tandis qu'une toute petite lésion de la muqueuse vestibulaire peut être suivie d'une hémorragie parfois grave, surtout si le diagnostic n'est pas fait. Aussi est-il nécessaire de savoir que les écoulements de sang abondants auront lieu plutôt à la suite des lésions des petites lèvres, du vestibule, du clitoris.

Les hémorragies vulvaires sont caractérisées par un écoulement de sang à l'extérieur. On n'a qu'à entr'ouvrir les lèvres et regarder pour reconnaître le plus souvent la source de l'hémorragie. Celle-ci peut se produire à différents moments du travail. Tantôt c'est avant l'expulsion de la tête (obs. I, II). Tandis

que celle-ci est à la vulve, commençant à se dégager, une hémorragie se produit, et le sang, parfois abondamment, en un jet ou en plusieurs, ruisselle sur le cuir chevelu et la région occipitale du fœtus. Tantôt c'est après la sortie de la tête (obs. III). Cette région expulsée, on voit s'écouler à droite et à gauche du cou de l'enfant une certaine quantité de sang rutilant qui s'épanche, au fur et à mesure du dégagement des épaules et du tronc, sur le côté en rapport avec le siège de la lésion, comme le prouve le cas rapporté par M. Budin à la Société de Biologie, le 21 avril 1876, ou encore c'est après l'expulsion complète de l'enfant (obs. V, VI, VII, IX, X, XI, XII) qu'on remarque l'hémorragie ; ou bien enfin, c'est après la délivrance (obs. VIII) au moment de la toilette vulvaire, que l'attention est attirée par un écoulement de sang continu, persistant, qui n'a aucune tendance à s'arrêter ; on est certain que ce sang ne vient pas de l'utérus, si cet organe est dur, bien rétracté.

Parfois l'hémorragie est tardive. Une légère fissure de la région vestibulaire peut ne pas saigner dans les premiers instants qui suivent l'accouchement ; puis, pendant l'absence du médecin, une hémorragie abondante se déclare. Un cas de ce genre fut observé par le Dr Richardson en Amérique. La malade avait eu une délivrance naturelle. L'utérus était bien rétracté ; mais vingt-quatre heures plus tard le médecin était appelé en hâte et trouvait l'accouchée couverte de sang (Thore. Th., Paris). Dans ces diffé-

rents cas, l'hémorragie provient habituellement d'une lésion d'une des branches du clitoris, du vestibule ou d'une déchirure des petites lèvres se propageant à l'organe érectile. Elle persiste après l'expulsion de l'enfant et s'écoule en bavant entre les cuisses de la femme. Lorsqu'on écarte les petites lèvres, le sang peut jaillir en différents sens, surtout s'il vient directement du clitoris. Dans un cas de Muller, le sang jaillissait de la région clitoridienne comme un jet d'urine sortant du canal de l'urètre.

Hémorragie due à la rupture de varices ou de thrombus. — Comme l'hémorragie artérielle, l'hémorragie veineuse peut se faire avant, pendant et après l'expulsion du fœtus. Avant la sortie de la tête, à cause de la gêne apportée à la circulation de retour, les parois de la veine fortement distendues se rompent (Cas d'Outrepont, dans Th. de M. Budin). Pendant l'expulsion, les veines éclatent par suite de la compression qu'elles subissent contre les branches ischio-pubiennes (cas de Klaproth dans le *Monatschrift für Geburskunde*, p. 1 du vol. XIII, 1879). Du sang très noir jaillira en jet si l'hémorragie se produit avant la sortie du tronc, celui-ci formant tampon et empêchant le retour du sang, dont la pression s'en trouve augmentée, comme il en a été dans l'observation de Cornillon (1) où « aussitôt après la sortie de la tête, un jet de sang jaillit de la vulve, et on s'aperçut qu'il venait d'une varice sié-

1. *Mouvement médical*, 2 juin 1872.

geant à la partie supérieure et latérale droite de l'orifice vulvaire » ; et dans le cas de Besson (1), où « le sang ruisselait en cascades, inondant l'enfant et les aides ».

Après l'expulsion de l'enfant, en écartant les grandes et les petites lèvres, on verra du sang noir couler en bavant, caractère qui distingue cette hémorragie de l'hémorragie artérielle, car celle-ci donne des jets « très fins et intermittents » (Laroyenne).

Si l'hémorragie vient de la rupture d'un thrombus, le sang peut couler avec une profusion telle que la mort en est la conséquence. Blot, dans sa thèse d'agrégation (1855), rapporte trois faits de ce genre. La rupture de ces hématomes se produit avant la sortie de l'enfant, comme le témoigne le cas relaté par Wiffels (2). La tumeur se forma sous ses yeux dans la grande lèvre du côté droit. Bientôt, pendant une forte douleur « elle se rompit si brusquement que le sang fut projeté de plusieurs pieds... Un sang noirâtre s'échappait continuellement de l'ouverture qui s'était faite à la grande lèvre. Dans cette ouverture on pouvait facilement introduire le pouce. Pendant les contractions, le sang était poussé par saccades, mais ne coulait pas avec intensité dans les intervalles : la femme succomba ».

Si la tumeur se forme et se rompt pendant que l'on pratique une intervention, la version par exemple,

1. Société anatomo-clinique de Lille, janvier 1900.

2. *Revue de méd. et de chirurg.*, t. IV, p. 370.

du sang s'écoulera le long du bras de l'opérateur, comme dans le cas du D^r Pigeon (1). Cette fois, on se rendit maître de l'hémorragie et la femme ne mourut pas. Jummé (2) rapporte un cas semblable survenu dans les mêmes circonstances. Le thrombus était de la grosseur d'une tête d'enfant et en se déchirant donna issue « à environ deux pintes de sang ». Il fut tamponné et malgré l'arrêt de l'hémorragie, la femme succomba dans une syncope. La déchirure se fait parfois après l'expulsion du fœtus (obs. XV) et il en résulte une hémorragie dont on ne pourra remonter à la véritable source qu'en examinant attentivement la parturiente.

Hémorragies du vagin. — L'hémorragie vaginale, comme nous l'avons vu dans l'étiologie, peut être artérielle ou veineuse. Dans le cas où une artère du vagin est déchirée, le sang s'écoulera rutilant, parfois en jets saccadés isochrones au pouls de la mère. Si les vaisseaux artériels intéressés se trouvent au niveau de l'hymen ou de la partie basse du vagin, le sang s'écoulera dès la sortie de la tête et s'épanchera au-dessous ou sur les côtés du cou du fœtus. Ces hémorragies vagino-hyménales peuvent aussi se manifester plusieurs heures après l'accouchement (obs. XVI).

Si l'hémorragie vient des deux tiers supérieurs du vagin, l'écoulement sanguin se manifestera après

1. Pigeon. *Arch. de méd.*, 10^e année, t. XXX, 1832. Rap. dans la thèse d'agr. du Professeur Budin (1878).

2. Jummé. *Rev. de méd. et de chirurg.*, t. VII, p. 112.

l'expulsion du fœtus. On se rendra compte de son siège par l'emploi du spéculum qui, en écartant les parois du vagin, rendra plus facile la projection du sang (obs. XVII) surtout s'il vient d'une artère.

L'instrument, en comprimant les tissus, peut arrêter momentanément la perte de sang ; dans ce cas, en le retirant lentement et en le tournant dans tous les sens, on parviendra à trouver la source de l'hémorragie qu'indiquera un jet de sang en arcades, isochrone au pouls de la mère, ruisselant le long des valves du spéculum.

Qu'un diaphragme vaginal se rompe pendant le travail, c'est pareillement après l'expulsion de l'enfant que l'écoulement du sang attirera l'attention (obs. XVIII).

Mais habituellement, les hémorragies vaginales sont perfides, tenaces. Cet écoulement de sang continu peut altérer l'état général de la femme au point que la pâleur de celle-ci, la disparition de son pouls, avec un utérus pourtant bien contracté, sont les seuls signes qui éveillent l'attention de l'accoucheur et le mettent en devoir de faire un examen minutieux des organes génitaux : alors, seulement, on découvre la lésion, source de cette hémorragie opiniâtre (obs. XIV) (obs. XX).

Il arrive même parfois que le sang ne s'écoule pas à l'extérieur ou s'écoule si peu abondamment, qu'il ne suffit pas pour expliquer l'état véritablement alarmant de la parturiente : ce sont les cas où la rupture du cul-de-sac postérieur s'accompagnant

d'une lésion de la séreuse péritonéale, le sang s'épanche dans cette cavité en raison de la position déclive ou de l'étroitesse de l'orifice extérieur. Si par cette lésion, une grosse artère, l'utérine par exemple, se trouve déchirée, le sang coulera à flots, et rapidement les jours de la femme seront mis en danger.

Hémorragie due à la rupture de varices et de thrombus. — Si le sang vient d'une veine variqueuse rompue, il sera noir et coulera d'une façon continue et en bavant. Il n'y aura pas d'hémorragie pendant l'expulsion de l'enfant mais, après sa sortie, une large tache de sang marquera la région du fœtus qui aura été en contact avec le siège de la lésion. Au fur et à mesure de la descente, la plaie aura été comme léchée, essuyée par la partie fœtale. Dans le *Progrès médical* de 1877, M. Budin (1) relate deux observations de ces hémorragies, et dans l'une, il put, avec ce seul signe « au grand étonnement des élèves, prédire une hémorragie des parois du vagin », ce que confirmèrent l'écoulement de sang qui se fit ensuite et la découverte d'une varice dont les parois s'étaient rompues.

L'hémorragie due à la rupture d'un thrombus ne présente pas de signe particulier et ressemble en tout point à celle que nous avons décrite à la vulve à propos de la même affection. Cependant un héma-

1. Budin. *Progrès médical*. Note sur un signe permettant de reconnaître une hémorragie des parois du vagin après l'accouchement, 1877.

tome formé dans la cavité vaginale, peut se rompre pendant le travail et donner lieu à une hémorragie continue pendant toute la période d'expulsion et qui se tarira ensuite. Cette continuité de l'écoulement sanguin durant la période d'expulsion s'explique par ce fait que la partie fœtale profondément engagée dans l'excavation forme tampon et empêche le retour du sang.

Hémorragies du col. — Les hémorragies du col sont caractérisées par « un écoulement sanguin peu abondant à la fois, le flot est petit, c'est un filet plus qu'autre chose, mais il continue sans cesse. Le sang est liquide, rouge, rutilant, au lieu d'être noirâtre et en caillots, comme lorsqu'il vient des sinus utérins » (Demelin) (1). Ces hémorragies se manifestent surtout après la sortie de l'enfant, car pendant l'expulsion, la région du fœtus qui s'engage comprime la partie lésée, resserre les parois des vaisseaux et empêche l'écoulement du sang. Voici quelle est la marche de l'hémorragie d'après Weiller. L'enfant sorti, il se produit un écoulement de sang rouge, liquide qui, bientôt, subit un temps d'arrêt à cause du tassement des organes pelviens : « Le corps de la matrice s'infléchit sur le col, fait obstacle à la circulation et provoque l'hémostase au niveau de la plaie cervicale. L'hémorragie recommence petit à petit, le sang provenant de la plaie du col se

1. Demelin. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, p. 645.

mêle à celui qui est dû au décollement du placenta, puis tout d'un coup l'hémorragie s'arrête de nouveau. La délivrance est faite, l'utérus bien rétracté, l'hémorragie reparait avec les caractères propres à une hémorragie artérielle, car lorsqu'il n'existe pas de varices ou s'il ne s'est pas produit un thrombus au niveau du col, ce sont en général les artères du col qui donnent du sang et non pas les veines. » Cette description nous semble plutôt théorique, car le plus souvent il faut attendre l'issue du délivre, pour remonter à la véritable cause de l'hémorragie, le diagnostic étant incertain à cause de la présence du placenta dans la cavité utérine, et ce n'est qu'une fois la délivrance opérée que le diagnostic viendra s'affirmer, que l'hémorragie apparaîtra avec ses caractères propres. Il est vrai que parfois — et cela s'observe quand le décollement du placenta présente des difficultés ou est enchatonné en partie dans l'une des cornes de l'organe — tandis que l'utérus est dur, se contracte bien, une hémorragie peut provenir d'une déchirure du col, ce que constatera le toucher (obs. XXV). Donc, si après l'issue du placenta, l'hémorragie persiste, si en palpant le ventre on sent l'utérus dur et rétracté, si l'examen de la vulve, de la partie inférieure du vagin, reste négatif on peut être certain que le sang vient du col ou des parties supérieures du vagin. Ces caractères propres à l'hémorragie des déchirures du col, Duparcque les avait déjà signalés : « Peut-être un certain nombre de cas que l'on rapporte aux hémorragies utérines

actives et dans lesquelles un sang rutilant est lancé comme à flots et par jets à travers la vulve, en même temps que la dureté du globe utérin indique qu'il n'existe pas d'inertie, peut-être, dis-je, que dans quelques-uns de ces cas, ce phénomène jusqu'à présent mal expliqué provient de cette circonstance : savoir de la déchirure des vaisseaux utérins par suite de rupture du col. » C'est aussi l'avis de Fristch qui insiste sur ce signe : « Si aussitôt après la sortie de la tête, il se produit un jet de sang liquide, celui-ci provient toujours du canal cervical, car si le sang vient d'un décollement prématuré du placenta, il est coagulé et sort en gros caillots. La couleur claire du sang vu au grand jour est aussi un signe d'une grande importance. » L'affirmation de Fristch est un peu trop catégorique, car ce sang rutilant, vermeil, peut venir aussi des parties supérieures du vagin et alors il importe de faire soigneusement l'examen de la femme. On aura recours au toucher et à l'emploi du spéculum.

On fera le toucher en dirigeant d'abord le doigt vers l'intérieur du col du côté où était l'occiput — ce que l'on sait aisément suivant la façon dont s'est faite l'extraction — car c'est le plus souvent en ce point que siège la lésion. Si la délivrance n'est pas faite et que le placenta commence à s'engager dans le col, on sent que l'endroit du col déchiré « n'est plus interposé entre le doigt et le délivre » (Bartlett). Si la délivrance est faite, il n'est pas toujours facile de découvrir la lésion qui peut siéger à une

hauteur différente. « Souvent, surtout dans le vagin, ce n'est qu'une solution de continuité en forme de coupure, tandis que plus en haut, il peut y avoir un trou rond. » (Frischt). On complétera le diagnostic, — dès l'abord il est même préférable d'employer ce procédé, — par l'emploi du spéculum ou d'une valve de Simes. On attirera doucement le col avec une pince et l'on aura la lésion sous les yeux.

Hémorragie par rupture de varices. — Si l'hémorragie provient d'une rupture de varices du col, elle se produit au début du travail, car c'est au moment où la tête, poussée par la contraction utérine, vient les comprimer qu'elles se rompent. Il s'écoule alors du sang noir, en jet non saccadé, mais continu, et bientôt, quand la tête est descendue, les vaisseaux se trouvant comprimés, l'hémorragie cesse. Le toucher révèle une portion du « col épaissie, pulpeuse. On sent une tuméfaction rugueuse, dépressible, et au delà la véritable surface utérine, de laquelle on ne peut détacher aucune partie de la tumeur: signe différentiel avec le placenta prævia. On remarque en outre que, si on appuie sur la tumeur, l'écoulement sanguin diminue ou cesse tout à fait et que la tumeur elle-même cède et devient plus petite, tandis qu'elle reparait avec l'écoulement aussitôt que l'on abandonne la compression » (Bordas) (1). Dans l'observation de Peu (2), on voit que le col, poussé par la partie

1. Bordas. Th. Paris. Obs. de Murray.

2. Peu. *Pratique des accouch.*, p. 611, 1694.

foetale, s'est abaissé jusqu'au voisinage de la vulve. Dans ce cas, en écartant les lèvres, on constate facilement par la vue l'existence de varices. Dans le cas contraire, le spéculum permet d'arriver au même résultat.

Diagnostic. — Quand, au moment de la délivrance, une hémorragie se produit, l'accoucheur doit tout de suite se demander : D'où vient le sang ? vient-il de l'utérus, ou vient-il d'une lésion du canal génital ?

Comme la cavité utérine en est la source la plus importante, c'est de ce côté qu'il faut porter d'abord ses investigations. On placera tout de suite la main sur l'abdomen, à la recherche de l'utérus et de son fond. « Si le globe utérin est dur, résistant, comme ligneux, s'il a à peu près le volume d'une tête d'enfant, on peut affirmer que le sang ne vient pas de sa cavité. » (Demelin). Toutefois, il est une cause d'erreur qu'il faut connaître : dans certains cas, la consistance de l'utérus reste normale, en même temps qu'une hémorragie se déclare, et cependant le sang vient encore de la cavité utérine, c'est qu'il s'agit d'une inertie du segment inférieur qui est flasque, atone. Cette inertie s'observe plutôt quand le placenta est partiellement inséré sur le segment inférieur, mais on peut l'observer aussi avec une insertion normale du placenta au fond de l'utérus. A quels signes peut-on reconnaître cette variété d'hémorragie ?

« On la reconnaîtra, nous dit M. Demelin (1), à ce que le corps de l'utérus consistant, dur, a changé de place et s'est rapproché de l'épigastre ; il est en outre très mobile dans le ventre sur ses attaches vaginales ; on peut le prendre entre les deux mains et le conduire d'un flanc dans l'autre. Les attaches vaginales sont formées par le segment inférieur distendu, aminci et rempli par du sang liquide ou surtout par des caillots ; on trouve ainsi par le palper, au-dessous du corps de l'utérus, une région mollassse, sans consistance, et qui répond précisément au segment inférieur contenant du sang. Au toucher, on sent un peu de liquide sanguin s'écouler par le vagin ; mais, en pénétrant dans l'orifice externe du col, on le trouve obstrué en partie ou en totalité par des caillots. Après les avoir traversés, on arrive dans une cavité assez vaste et si on pratique alors le palper combiné avec le toucher, on remarque que la paroi de cette cavité comprise entre les deux mains exploratrices est remarquablement mince derrière la paroi abdominale antérieure. Après avoir pris soin d'évacuer la vessie, on remarque que l'eau d'une injection poussée dans le segment inférieur de l'utérus soulève la paroi antérieure de ce segment et aussi la paroi abdominale antérieure. Elle fait au-dessus du pubis une voussure comparable à celle qui est due à la vessie remplie d'urine, mais cette voussure disparaît aussi vite

1. Demelin. *Obst. d'urgence*, p. 130.

qu'elle s'est montrée, dès que l'on suspend l'injection et dès que le liquide revient au dehors. » L'examen du délivre prouve aussi que la source de l'hémorragie est bien celle qui a été indiquée ; le placenta était inséré partiellement sur le segment inférieur, comme le montre la mensuration des membranes. » Donc, « au lieu de trouver à la palpation ou bien l'utérus en totalité mollassé et augmenté de volume, comme dans l'inertie utérine générale, ou bien le corps petit et dur, mais très élevé vers l'épigastre et surmontant un segment inférieur allongé, ramolli et rempli de caillots, comme dans les hémorragies du segment inférieur, on sent le globe utérin petit, dur, bien rétracté et à sa place dans la région hypogastrique ne dépassant guère l'ombilic », et pourtant il y a une hémorragie. On devra alors sans tarder, car il y a un grand intérêt à connaître exactement la source de cette hémorragie, examiner les différents segments du canal génital, la vulve, le vagin, le col.

Le sang vient-il de la vulve ? On en reconnaîtra vite la source. Il suffira d'entr'ouvrir les lèvres de la vulve et de regarder. On verra si la commissure antérieure est déchirée, si la région vestibulo-clitoridienne est rompue, si une petite lèvre est lacérée ; et il sera facile de discerner quel est le vaisseau ou le tissu érectile dont la section a causé l'hémorragie. On pourra même diagnostiquer la source artérielle ou veineuse de l'hémorragie, d'après les commémoratifs, d'après l'examen attentif de la région qui

indiquera l'existence ou l'absence de varices, d'après le mode d'écoulement du sang, sa couleur, etc., etc. Le diagnostic d'un thrombus, qui se forme pour ainsi dire sous les yeux et qui se rompt, s'impose.

L'examen de la vulve ne révèle-t-il aucune lésion ? On devra porter ses investigations du côté du vagin et du col de l'utérus. Si le sang vient de l'orifice du vagin ou de sa partie inférieure, en écartant le plus possible les grandes et les petites lèvres et en se servant, s'il le faut, d'une lumière pour mieux voir on en trouvera la source. On pourra ainsi constater s'il existe une déchirure médiane, s'étendant plus ou moins loin de chaque côté de la colonne postérieure. Mais l'hémorragie peut avoir un siège plus élevé ; dans ce cas, on fera le toucher ou on aura recours plutôt à l'emploi d'une valve ou du spéculum. Si on fait le toucher, on se souviendra qu'il faut, suivant le conseil de Schroder, le pratiquer avec beaucoup de douceur, car il est fort douloureux, quand la muqueuse vaginale est déchirée. Si la lésion, source de l'écoulement du sang, est un peu importante en promenant doucement et légèrement le doigt sur les parois du vagin, on pourra la reconnaître. Si ce moyen échoue, on emploiera le spéculum ou une valve de Sims qui, en dépliant les parois de l'organe les étale devant les yeux, ce qui facilite considérablement les recherches et permet de découvrir aisément le point qui saigne.

Lorsque le sang vient de la rupture d'une varice vaginale, le diagnostic est aisé surtout si avant tout

début du travail, on a examiné la femme et remarqué l'existence de varices. Lorsqu'il y en a dans le vagin, en écartant les petites lèvres, on aperçoit des saillies violacées plus ou moins marquées sur la paroi antérieure, sur les parois latérales, ou même la paroi postérieure. Au toucher, on sent de petites tuméfactions molles et dépressibles qui, à un degré plus avancé, forment des bourrelets et des nodosités plus facilement appréciables. Sous une pression méthodique suffisamment prolongée, faite avec la main, elles peuvent disparaître pour se reproduire aussitôt qu'on cesse de comprimer la partie qui en est le siège. La position horizontale les fait disparaître en partie, la station verticale en augmente le gonflement et la tension. Leur volume s'accroît aussi sous l'influence des efforts de la femme. Si le spéculum est employé pour pratiquer cet examen, on s'en servira avec beaucoup de prudence. Enfin, le signe de M. Budin, « une longue tache de sang sur une région de fœtus », fournit une présomption de haute valeur.

Si la vulve est intacte, si le vagin ne présente aucune solution de continuité, force est de chercher plus haut, d'inspecter le col et, à coup sûr, la source de l'hémorragie sera trouvée. C'est encore le doigt et l'œil qui la localiseront. Le toucher permettra de sentir un col déchiqueté, parfois divisé en deux lèvres ou présentant un lambeau flottant, la valve complètera le diagnostic en mettant sous les yeux la lésion, sa forme, son étendue, le point qui saigne le plus

abondamment. Elle rendra, en outre, point important, l'intervention plus aisée, plus rapide et, partant, plus efficace.

Pronostic. — Le pronostic des hémorragies non utérines est en rapport étroit avec le diagnostic. En général, si le diagnostic est vite fait et bien fait, on se rendra maître de l'hémorragie, sans quoi, suivant le mot du professeur Budin, « la thérapeutique s'égare et les malades, si elles ne succombent pas, peuvent être en grand danger ».

Une hémorragie génitale se produit après l'accouchement, il importe de se rendre compte tout de suite du siège de l'hémorragie et de sa source véritable. Une tendance naturelle contre laquelle il faut réagir pousse les médecins à voir dans l'inertie utérine la cause de toutes les hémorragies *post-partum*. On perd parfois un temps précieux à malaxer un utérus déjà contracté, à donner des douches vaginales, à faire des injections intra-utérines, voire des piqûres d'ergotine, etc... alors qu'un simple examen révélerait que le sang vient par exemple de la vulve. Il faut savoir que les organes qui entrent dans la constitution de la moitié antérieure de cette région, le clitoris, le vestibule, la moitié antérieure des petites lèvres, sont très vasculaires. Leurs lésions, même en dehors de l'état puerpéral, sont graves et Simpson déclare en avoir vu plusieurs cas suivis de mort chez des femmes qui n'étaient pas enceintes; à plus forte raison, ces lésions seront-elles dangereuses au moment de l'accouchement, alors que la vascularisation est à

son maximum, et elles le seront d'autant plus qu'on les aura d'abord méconnues. « Des femmes sont mortes dans ces conditions, nous dit Thore, lorsque l'application d'un tampon, de quelques serres-fines faites en temps opportun, les eût sauvées facilement. Si l'on compare les conséquences funestes d'un pareil accident aux moyens si faciles à mettre en pratique pour les prévenir, il est facile de saisir toute l'importance du diagnostic. Un praticien, avant de quitter la femme qu'il vient d'accoucher, ne saura donc jamais trop s'assurer que les organes génitaux externes ne présentent aucune lésion importante. » On relève en effet dans la littérature divers exemples d'hémorragies clitoridiennes suivies de mort : les deux cas relatés par Muller (1) en 1870, le cas rapporté par Velpeau (2), le cas de Poppel (3) où « la rupture d'une veine variqueuse sous-clitoridienne donna naissance à une hémorragie profuse qui amena la mort par suite de dépression ».

De même que les hémorragies vulvaires, les hémorragies vaginales et les hémorragies cervicales peuvent être mortelles, principalement quand elles sont méconnues ou quand le diagnostic n'est pas fait ou est fait trop tard. Leur gravité tient à ce que « le sang s'écoule en petite quantité à la fois, mais l'hémorragie

1. Muller. Dans la *Scaugonis Beiträge für Gebka.*, 1870.

2. Velpeau. *Traité d'accouchem.*, t. II, p. 558.

3. Poppel. *Monatschrift für Geburtskunde*, t. XXVIII, p. 298.

peut durer assez longtemps pour mettre la femme en péril. C'est dans des circonstances de ce genre que la perte se faisant peu à peu, insidieusement, a pu se répandre assez pour attirer immédiatement l'attention, traverser le pansement vulvaire, les draps et alèses et même le matelas, pour tomber jusque sur le plancher » (Demelin). Un exemple de ce genre, recueilli à la Maternité, est rapporté par Roche, dans sa thèse. Van Hoesendouck relate un cas de mort par hémorragie vaginale. Nous rapportons à la fin de ce travail plusieurs observations d'hémorragies du col, recueillies à la cliniques d'Assas et qui furent suivies de mort.

Ces faits, suffisamment éloquentes par eux-mêmes, ne doivent pourtant pas nous faire exagérer la gravité de ces hémorragies, mais — à ce titre seul, nous avons tenu à les mentionner — ils nous instruisent et ils nous convient à rechercher avec la plus grande attention la source de l'hémorragie afin d'y instituer le plus rapidement possible un traitement rationnel et sûr.

Traitement. — Quels traitements peut-on opposer à ces hémorragies ?

Nombreux sont les traitements qui ont été proposés pour combattre les hémorragies du canal génital : tous ont réussi dans certains cas, tous ont échoué dans d'autres. Nous les passerons successivement en revue en nous promettant d'insister surtout sur ceux qui sont considérés par les auteurs comme les plus efficaces, ceux auxquels on doit le plus de succès.

La thérapeutique diffère suivant le siège de la lésion, suivant la variété de l'hémorragie, elle diffère suivant que l'on a affaire à une hémorragie de la vulve, du vagin ou du col, suivant que l'hémorragie est artérielle ou veineuse.

A la vulve, le traitement doit être d'abord préventif. Il est évident que, autant que faire se peut, il faut mettre en œuvre tous les moyens pour éviter la production de l'hémorragie. On tâchera de protéger le mieux possible le périnée. Les méthodes employées dans ce cas diffèrent suivant les auteurs. Nous ne pouvons pas mieux faire que de reproduire celle de Tarnier, décrite par M. Bonnaire (1) : « Vient le moment où la tête cesse de rétrocéder à fond entre les contractions utérines. A l'instant précis où l'angle postérieur inter-pariétal de la grande fontanelle déborde le tranchant de la fourchette, le rôle actif de l'accoucheur commence.

Il est placé à droite ou à gauche du lit et, suivant le côté où il se trouve, c'est la main droite ou la main gauche qu'il porte en travers sur le périnée. Le pouce vient s'appliquer sur l'un des sillons génito-cruraux, tandis que les extrémités des quatre autres doigts réunis portent dans le sillon homologue ; la fourche formée par l'écart du pouce et de l'index s'appuie, en la doublant, sur la commissure vulvaire. La main est ainsi disposée en forme de fer à cheval, et à tra-

1. Bonnaire. *Du périnée obstétrical. Ampliat. physiol. et effractions*. Paris, 1894.

vers les tissus du périnée elle embrasse dans sa concavité toute la région fronto-faciale du fœtus. L'autre main passe au-dessus du pubis et se dirige suivant le grand axe de la vulve. La pulpe des doigts, tournés en bas, s'applique à nu sur le cuir chevelu de l'enfant et vient affleurer le bord de la fourchette. Les doigts à demi fléchis s'accolent par leurs extrémités et forment au-devant de la tête une sorte de diadème qui va glisser lentement du front sur la face pendant le progrès de la déflexion.

« Ainsi mises en place, les deux mains ne vont pas simplement soutenir le périnée, comme on le dit habituellement, mais elles vont agir suivant les circonstances et suivant le moment, pour modérer ou accélérer l'évolution du temps de dégagement. Leur rôle est de cueillir la tête à travers l'orifice vulvaire et de substituer à la brusquerie d'une expulsion spontanée la lenteur et la modération du dégagement artificiel. Aussi peut-on dire que la parturiente n'accouche pas d'elle-même, mais qu'elle est en réalité accouchée par le médecin ou la sage-femme qui l'assiste.

« Il importe, avant toute chose, de prévenir une issue trop rapide de la présentation... La main doit immobiliser exactement le fœtus dès que les bosses frontales s'engagent au couronnement vulvaire. A ce moment, on attend que toute contraction de l'utérus ait cessé, et ce n'est que dans le temps où cet organe demeure au repos, que l'on énuclée la tête au dehors des parties génitales. Pour cela, on invite

la femme à pousser et l'on gradue l'effort qu'elle doit développer au commandement. La main sous-périnéale qui a conservé sa disposition en fer à cheval serre la tête en travers et les doigts ramènent en arrière les parois de la gouttière d'expulsion, en faisant glisser les tissus maternels des extrémités du diamètre bi-temporal vers celle du diamètre bi-malaire, et enfin sur les joues et les maxillaires de l'enfant. Les doigts de l'autre main s'impriment sur le cuir chevelu, et, par une sorte de reptation de leurs extrémités, attirent de bas en haut toute la région frontale. »

Si l'on fait une intervention manuelle, la plus grande douceur doit être employée pour passer à travers l'orifice vulvaire. L'extraction de la tête avec le forceps sera faite avec lenteur, sans à-coups, si les circonstances le permettent.

Dans le cas de varices, on pourra mettre en pratique la conduite suivie dans un cas par M. Budin : « Chez une femme secondipare, rapporte-t-il, présentant des varices de la vulve et du vagin tellement développées que pendant la grossesse nous avons cru devoir recommander les plus grands ménagements dans les rapports sexuels, nous avons, pendant l'accouchement, administré du chloroforme à dose analgésique : au moment de la période d'expulsion, il n'y a eu ni cris, ni gémissements ; nous avons empêché tout effort, et l'accouchement s'est terminé rapidement et heureusement sans que les varices de la vulve et du vagin aient pour ainsi dire augmenté

de volume pendant le travail. L'enfant était une fille de poids moyen. »

Mais malgré toutes les mesures prises, la déchirure se produit, l'hémorragie se déclare : à quelle thérapeutique faut-il avoir recours pour s'en rendre maître ? Tous les traitements, depuis la simple cautérisation (cas d'Audebert) jusqu'à la ligature, en passant par le tamponnement et la compression au moyen d'un tampon imbibé d'une solution d'antipyrine ou d'eau oxygénée, ont été mis en œuvre : tantôt ils ont réussi, tantôt ils ont échoué. On pourra toutefois, faute de mieux, les essayer, en sachant que la compression et le tamponnement vagino-vulvaires ne donnent pas une hémostase durable et que le sang peut reparaitre dès que le tamponnement est enlevé. La ligature a échoué dans les cas où le tissu caverneux du clitoris a été déchiré, fendillé dans tous les sens, creusé de nombreux pertuis. Le thermocautère a été essayé et n'a rien donné, et même aurait-il réussi que le succès resterait douteux, l'hémorragie secondaire étant à craindre. Les serre-fines, les pinces à forcipressure sont plus efficaces, mais la serre-fine peut glisser et la pince peut ne pas tenir, ou si elle tient, peut déterminer des douleurs assez violentes. Dans ces conditions, il est préférable de s'adresser au traitement préconisé par les différents auteurs et reconnu comme le traitement de choix, celui qui a donné les meilleurs résultats, à la suture. En présence d'une déchirure qui saigne, on fera quelques points de suture au crin de Flo-

rence, de préférence au catgut fin qui, affrontant exactement les bords de la déchirure, fermeront au sang toute issue et produiront une hémostase sûre et définitive. On achèvera le pansement avec de la gaze stérilisée et le tout maintenu par un bandage en T convenablement serré.

Si le sang vient d'une varice rompue, vulvaire ou vaginale, on emploiera les mêmes moyens et l'hémorragie sera vite tarie. C'est dans ce cas qu'il importe de faire un diagnostic rigoureusement exact et de ne pas croire à une inertie utérine ou à une déchirure du col. Une pareille erreur de diagnostic pourrait avoir des conséquences désastreuses. « Tout l'effort thérapeutique, écrit M. Demelin, serait dès l'abord entaché d'impuissance; et bien mieux, si l'on avait recours au tamponnement vaginal, loin d'arrêter l'hémorragie, on ne ferait que l'augmenter, car la compression exercée par le tampon au-dessus de la plaie variqueuse, produirait le même effet que la bande dont le médecin entoure le bras du malade qu'il veut saigner au pli du coude. »

Quand le sang vient d'une plaie du vagin ou du col, on fera des injections chaudes en attendant la délivrance. Dans le cas où l'hémorragie serait abondante et menacerait rapidement les jours de la parturiente, il ne faut pas attendre, mais pratiquer tout de suite la délivrance artificielle. Celle-ci faite, on se mettra en mesure d'arrêter définitivement la perte de sang.

Divers moyens sont à notre disposition. Quelques-

uns employés par certains auteurs sont à rejeter. L'injection d'une solution à 1 pour 5 de perchlorure de fer n'est rien moins qu'incertaine et de plus n'est pas sans danger. Le rapprochement des cuisses, le siège étant légèrement élevé, a été conseillé : manœuvre imprudente, qui peut être fatale à la femme, car, loin de s'arrêter, l'hémorragie persiste, quand elle ne se transforme pas en hémorragie interne, emportant la parturiente, alors que la disparition de tout écoulement à l'extérieur avait pu faire naître un fallacieux espoir. D'autres manœuvres, si elles ne réussissent pas toujours, peuvent être d'une grande utilité, principalement dans les cas où l'on ne peut pas appliquer sur-le-champ le traitement de choix.

Dans cette catégorie rentrent les injections chaudes, l'application d'une longue pince-clamp et enfin la manœuvre de Breisky. Celle-ci qui doit être mise à profit spécialement dans les déchirures du col consiste à introduire quatre doigts, la pulpe tournée en haut, dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Pendant que ces doigts vont soulever le col et le pousser fortement vers la symphyse, l'autre main, placée sur l'abdomen, va embaumer le fond de l'utérus et infléchir autant que possible cet organe. Cette manœuvre, qui doit durer environ six à dix minutes, a pour but de déterminer le tassement du col sur le corps et par suite de réaliser l'hémostase par une véritable compression.

Quoi qu'il en soit de toutes ces méthodes de traite-

ment, celles qui sont reconnues comme les plus efficaces, qui partagent la faveur des auteurs, sont la suture et le tamponnement.

A la partie inférieure du vagin, la suture réussira bien. A la partie supérieure, elle sera encore excellente si la plaie est superficielle. Mais si la plaie intéresse toute la paroi vaginale, non seulement la suture sera difficile à pratiquer, mais encore, dans le tissu cellulaire du petit bassin, des hématomes pourront se former, et s'infiltrer par la suite avec la plus grande facilité. Dans les plaies cervicales, la suture a donné aussi d'excellents résultats.

On devra préférer le tamponnement qui se recommande à plus d'un point de vue. Nous ne retiendrons que celui-ci — il est d'une importance majeure — c'est un traitement d'urgence, un traitement qu'on peut improviser, qui rendra des services considérables, surtout à la campagne où l'outillage thérapeutique laisse souvent à désirer. Cette méthode de traitement est applicable aussi bien aux hémorragies du col qu'à celles du vagin.

Le tamponnement se fera au moyen d'une bande de gaze stérilisée dont la longueur sera de 10 ou 15 mètres et la largeur de 10 à 15 centimètres. A défaut de ce rouleau de gaze, on pourra se servir de l'ouate aseptique avec laquelle on fera des boulettes munies d'un fil qui rendra l'extraction plus aisée. Ces boulettes pourront aussi être attachées les unes à la suite des autres à un même fil, de façon à constituer une sorte de queue de cerf-volant. Si

l'on n'a ni gaze ni ouate à sa disposition, on emploiera du linge très propre qu'on aura au préalable fait bouillir ou trempé dans du sublimé à 1/1000. On usera largement de vaseline pour l'introduction des tampons.

Avant de faire tout tamponnement, il importe, nous ne saurons trop y insister, de faire un diagnostic exact de la source de l'hémorragie. Il serait désastreux de placer des tampons dans le col ou dans le vagin, si le sang venait directement de l'utérus ; on transformerait ainsi une hémorragie externe en interne avec ses terribles conséquences.

Nous supposons donc le diagnostic bien établi, l'utérus dur, rétracté ; l'examen au spéculum montre le col qui saigne, comment doit-on faire le tamponnement ?

Le rectum et la vessie vidés, les caillots qui peuvent se trouver dans le vagin évacués, on donne une injection antiseptique et l'on fait mettre la femme en travers du lit, dans la situation obstétricale. Deux aides tiennent les jambes ou les pieds reposent sur deux chaises. Les grandes et les petites lèvres écartées, on abaisse, par de légères pressions exercées sur la paroi abdominale, le fond de l'utérus. On pourrait au besoin, au moyen d'une pince, accrocher le col, en évitant d'employer de fortes tractions qui déchireraient aisément les tissus dont la trame est, après l'accouchement, excessivement friable. Les tampons, bien enduits de vaseline, sont alors introduits dans le col en nombre suffisant. S'il

existe en même temps une déchirure vaginale, on fera le tamponnement complet. Celui-ci consiste à remplir le vagin aussi complètement que possible, de façon que la paroi externe arrive au contact de la paroi osseuse de l'excavation. « Ensuite on maintient le globe utérin abaissé dans la région hypogastrique, soit avec de l'ouate maintenue par un bandage de corps, soit à l'aide d'une compression plus énergique. Celle-ci peut être effectuée au moyen d'un sac rempli de plombs de chasse, ou d'un fer à repasser enveloppé de coton ou de linge, le tout fixé par le bandage de corps. » (Demelin).

Le tamponnement fini, on surveillera la femme durant une heure environ, afin de s'assurer que le sang ne filtre pas à travers les tampons, qu'il est bien étanché.

Les tampons seront enlevés au bout de dix à douze heures après leur introduction. On agira avec douceur au moment de leur extraction. Les plus grandes précautions seront prises quand on retirera les plus profonds, ceux qui sont en contact avec la plaie, afin de ne pas détacher les caillots qui obstruent la source de l'hémorragie. On donnera une injection vaginale prudente en modérant le plus possible la force du jet ; puis on fera un pansement vulvaire à la gaze iodoformée qu'on renouvellera toutes les douze heures. « L'hémostase sera suffisante le deuxième jour pour que l'on puisse traiter l'accouchée comme à l'ordinaire. »

Il va sans dire que ces traitements locaux se feront

sans préjudice du traitement général, quand la situation l'exige. Si l'état général de la femme est grave, on fera des injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum artificiel ; on donnera à petites doses répétées des boissons alcooliques, du vin, des grogs, etc., etc... : on réchauffera la malade. S'il y a des menaces de syncope, la position de Trendelenbourg pourra être utile, de même que les injections sous-cutanées d'éther et de caféine.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Recueillie à la Clinique Tarnier, janvier 1905.)

Hémorragie clitoridienne.

La nommée M... vingt-deux ans, primipare, domestique, accouche le 8 janvier 1905.

L'enfant présente le sommet en O. I. G. A.

Au moment où la tête est apparue à la vulve, commençant à se dégager, une légère hémorragie se produit ; du sang coule avec abondance sur le cuir chevelu du fœtus, et sur les petites lèvres. La femme pousse énergiquement et la tête franchit la vulve à 6 h. 30 du soir. L'hémorragie persistant après la sortie de l'enfant, au bout de quelques instants on délivre la femme. On examine les organes génitaux et l'on constate que le point de départ de l'hémorragie se trouve dans la région clitoridienne, au-dessous et à gauche du clitoris. Avec du coton humide, on fait de la compression pendant une heure environ. L'hémorragie s'arrête. Des mouvements intempestifs de la femme font ouvrir à nouveau les vaisseaux ; à 2 heures du matin, l'hémorragie recommence. On place une pince sur l'un des vaisseaux dont l'ouverture est apparente

sur la ligne médiane. Les autres vaisseaux latéraux sont tamponnés avec de l'ouate imbibée d'une solution d'antipyrine. Un pansement occlusif est fait maintenu par un bandage en T ; l'hémorragie ne se reproduit pas.

OBSERVATION II

(Recueillie à la Clinique Tarnier, 14 décembre 1905.)

Hémorragie vestibulaire.

La nommée G..., domestique, trente-quatre ans, secondipare.

Première grossesse à terme. Travail assez long.

Deuxième grossesse à terme. Présentation du sommet en G. A.

Au moment de la sortie de la tête, tandis qu'une partie de celle-ci est encore cachée par la vulve, on remarque que la région expulsée est couverte brusquement par une véritable pluie sanguine. L'enfant dégagé, M. le Dr Devraigne, moniteur, surpris par l'hémorragie très sérieuse qui, en deux minutes, s'épanche au-devant du drap du siège, un pied de la femme baignant dans le sang, a son attention attirée vers la vulve qui est recouverte de sang. Immédiatement il écarte les petites lèvres et constate que la racine de celle-ci est entièrement déchirée suivant un trait vertical se propageant vers le vestibule. Les bords de la plaie, à leur tour écartés, laissent apercevoir au fond de celle-ci une artère béante, fournissant un jet de sang abondant. Le vaisseau lésé est comprimé sous la symphyse et la fourchette examinée ne montre aucune déchirure. L'hémorragie s'arrête, mais recommence dès que la

compression cesse. M. Guéniot, chef de Clinique, étant présent, substitue à la compression trois points de suture transversaux et profonds au catgut. L'hémostase est parfaite et définitive.

OBSERVATION III

(Empruntée à la communication faite par M. Budin à la Société de Biologie, le 21 avril 1876.)

Hémorragie clitoridienne.

Le 22 octobre 1875, dans le service de mon excellent maître, M. le Dr Tarnier, accouchait à la Maternité de Paris, à 2 h. 1/2 de l'après-midi, la nommée Marguerite B..., primipare, âgée de vingt-deux ans. L'enfant présentait le sommet en O. I. G. A. A peine la tête était-elle sortie qu'elle s'inclina légèrement du côté gauche, et nous vîmes alors s'écouler à droite et à gauche du cou de l'enfant une certaine quantité de sang rutilant. Ce sang ne pouvait venir de l'utérus puisque les épaules et le tronc remplissaient la cavité vaginale. Ces parties furent expulsées à leur tour, et au fur et à mesure qu'elles se dégageaient on voyait sortir couvert de sang tout le côté latéral droit de l'enfant, côté qui était dirigé en haut.

Nous pensâmes immédiatement à une hémorragie clitoridienne, dont M. Laroyenne (de Lyon) avait, quelques mois auparavant, rapporté plusieurs cas. Après l'expulsion de l'enfant, le sang continua à couler en abondance, il était rutilant et venait de la branche droite du clitoris. A plusieurs reprises, on fit des lavages à l'eau froide, l'écoulement diminua beaucoup ; quelques minutes après la délivrance fut faite par

expression. Le placenta sortit en présentant son bord : sa face utérine n'était pas recouverte par les membranes. L'écoulement de sang continuant par la plaie clitoridienne, quelques nouveaux lavages à l'eau froide, puis la compression faite sur la plaie pendant dix minutes amenèrent la cessation de l'hémorragie.

L'enfant était du sexe masculin, volumineux.

Sa longueur était de 49 centimètres et son poids de 3.790 grammes.

OBSERVATION IV

(Empruntée à la thèse de Weiller, de Nancy.)

Hémorragie vestibulo-clitoridienne.

Louise C..., vingt-deux ans, domestique, primipare, entre le 9 décembre à la Maternité et accouche le 11 août. Aussitôt après le dégagement de la tête, on constate qu'une quantité de sang assez abondante s'écoule sur le cou de l'enfant. On active rapidement le dégagement de l'enfant et on aperçoit la source de l'hémorragie que l'on comprime. La délivrance se fait et l'on examine le canal génital. Il existe une première déchirure partant de l'hymen à gauche et s'élevant jusqu'au clitoris. Une seconde déchirure dont la partie inférieure se confond avec la partie inférieure de la première, s'étend obliquement à droite jusqu'à la hauteur du clitoris. Ces deux déchirures interceptent entre elles un lambeau de muqueuse, dont la base répond à peu près au clitoris. A la face interne de la petite lèvre droite existe une incisure allongée (3 cm. environ) qui, elle aussi, n'inté-

resse que la muqueuse. C'est la première de ces déchirures qui saigne le plus abondamment. On suture et l'hémorragie s'arrête.

OBSERVATION V

(Recueillie à la Maternité.)

Hémorragie clitoridienne.

La nommée L..., primipare, de bonne constitution, accouche à terme le 21 août 1903 d'un enfant pesant 3.280 grammes présentant le sommet en G. A. Après l'accouchement qui a lieu à 4 h. 15, on constate que la femme perd abondamment et l'utérus est assez bien contracté. La vulve est examinée et l'on remarque que le sang vient d'une déchirure du clitoris. La compression digitale est faite. A 4 heures 1/2 la femme est délivrée. On comprime toujours le clitoris, puis on place un bandage en T. A 5 h. 10 le tampon est imprégné, on l'enlève et l'on recommence la compression digitale. L'état de la malade oblige de faire 500 grammes de sérum et une injection de caféine. On élève les membres inférieurs qu'on entoure de boules chaudes et de linges chauds ainsi que le reste du corps. L'accouchée va mieux, le pouls est à 108, bien frappé. On fait un tamponnement vagino-vulvaire à la gaze iodoformée. Vers 11 heures on constate que le tamponnement est traversé. On le retire. Nouveau pansement vulvaire très serré à l'aide de coton mouillé, maintenu par un bandage en T. L'hémorragie s'arrête.

OBSERVATION VI

(Empruntée à la communication de M. Audebert. Congrès de Genève, 1896.)

Hémorragie clitoridienne.

M^{me} A. P..., vingt-quatre ans, institutrice, primipare, accouche le 25 juillet 1895 d'un enfant de poids moyen 3.250 grammes après un travail qui a duré vingt heures environ. L'ampliation périnéale s'est faite lentement, quoique les tissus fussent élastiques et parfaitement extensibles. L'accouchement terminé, la délivrance s'effectue rapidement, accompagnée d'une hémorragie très abondante ; l'utérus est dur, bien rétracté, et la sage-femme pensant que l'hémorragie est due à l'inertie du segment inférieur, administre de grandes injections chaudes. Ces douces vaginales pas plus que le tamponnement du segment inférieur ne modifient l'abondance de l'écoulement. Arrivé près de la parturiente, j'examine avec attention l'orifice vulvo-vaginal et je constate que la fourchette est absolument intacte, mais que sur la racine gauche du clitoris existe une déchirure linéaire longue de 3 centimètres environ et s'étendant obliquement sur la face interne de la petite lèvre gauche, jusqu'au niveau de l'anneau vulvaire qui est lui-même déchiré. La compression digitale arrête momentanément le sang, mais l'hémorragie recommence aussitôt que le doigt est remplacé par un tampon de coton aseptique.

Les serre-fines, les pinces à forcipressure ne donnent pas un meilleur résultat.

À défaut d'aiguilles à sutures, je me résous à badigeonner

cette petite plaie avec un crayon de nitrate d'argent que je trouve par hasard dans ma poche. Ce moyen bien simple suffit pour amener l'hémostase qui est d'ailleurs assurée par un tampon vulvaire maintenu à l'aide d'un bandage en T. L'hémorragie ne se reproduit plus.

OBSERVATION VII

(Du même auteur.)

Marie F..., vingt-cinq ans, secondipare. Rien à dire au sujet de sa première grossesse et de son premier accouchement.

Seconde grossesse. — Dernières règles le 5 août 1894.

Début du travail le 10 mai 1895, vers 10 heures du matin ; à 4 heures, dilatation de 5 francs O. I. D. A.

Accouchement spontané à 5 h. 1/2, dégagement de la tête en O. P. assez rapide et normal.

Enfant vivant, pesant 3,190 grammes.

Les diamètres de la tête sont normaux, à part le sous-occipito bregmatique qui mesure 10 cm. 1/2.

Petite déchirure du périnée trop insignifiante pour nécessiter une restauration.

Pendant et après la délivrance se produit un suintement de sang peu abondant, mais tenace, qu'on met sur le compte de l'inertie utérine, mais on s'aperçoit bientôt que malgré la dureté et la rétraction du globe utérin, l'hémorragie persiste. En examinant de plus près et en entr'ouvrant les petites lèvres, on voit que le sang s'échappe d'une déchirure d'abord verticale et médiane, siégeant immédiatement au-dessous du

clitoris, puis oblique, sectionnant le revêtement muqueux de la racine clitoridienne gauche, et contournant le méat urinaire ; son étendue est de 1 centimètre 1/2 environ ; les lèvres de cette petite plaie présentent un écartement de 2 centimètres. Au fond on distingue plusieurs vacuoles, qui toutes à la fois laissent couler un peu de sang. Quand, à l'aide de pinces à forci-
pression, on essaie de saisir un orifice vasculaire ou quand on essaie de la compression sur un point localisé, les autres saignent plus abondamment et en jet. Après une demi-heure, la compression en masse faite avec un tampon permet de maîtriser l'hémorragie. L'état général de la malade était mauvais : deux syncopes, pouls faible, etc...

Le lendemain, 11 mai, quand on défait le pansement, la perte de sang se reproduit plus forte et plus abondante. La ligature, que je tente d'abord, est vite abandonnée ; elle ne pouvait rien donner dans ce tissu caverneux ; je fais alors la suture, et par trois points au catgut j'affronte les lèvres de la plaie ; l'hémorragie s'arrête complètement pour ne plus recommencer.

OBSERVATION VIII

(Recueillie à la Maternité, sept. 1904.)

Hémorragie due à une déchirure de la petite lèvre droite se propageant vers le clitoris.

La nommée L..., secondipare, trente ans, cuisinière.

Première grossesse en 1903. Accouchée en ville d'un enfant de huit mois qui meurt à trois mois. Cause inconnue.

Deuxième grossesse actuelle : Evolution normale. Accouche

spontanément le 12 septembre d'une fille vivante de 2.075 grammes en présentation du sommet, position G. A. Durée totale du travail cinq heures.

Délivrance normale et complète. Aussitôt après la délivrance cette femme perd assez abondamment. On lui fait une injection intra-utérine.

Voyant que cet écoulement continue, la sage-femme fait aussitôt un tamponnement vaginal, pensant à une déchirure du col. Après ce tamponnement, cette femme dit qu'elle ne voit plus clair : menaces de syncope. On la réchauffe. Boissons chaudes, linges chauds, piqûres d'ergotine. M^{me} la sage-femme en chef avertie arrive et, à l'examen des organes génitaux, constate une déchirure de la petite lèvre droite, se propageant vers le clitoris. On fait de la compression digitale ; l'on place une pince à forcipressure ; mais l'hémorragie ne s'arrête pas. On rapproche alors les jambes de l'accouchée, en les maintenant solidement attachées. Elle ne perd plus et le poulx redevient bon.

Diamètres : O. F. 12. — O. M. 13,2. — B. P. 10. — B. T. 8.
— S. O. B. 10.

OBSERVATION IX

(Recueillie à la Maternité, juillet 1904.)

Déchirure du clitoris. — Tamponnement vulvaire.

La nommée M..., couturière, primipare, vingt-quatre ans, accouche à huit mois et demi spontanément d'une fille vivante du poids de 1.980 grammes, en présentation du sommet. Déli-

vrance normale et complète. Celle-ci est suivie d'une hémorragie assez abondante venant du clitoris. On fait le tamponnement vulvaire et l'hémorragie s'arrête. Diamètres : O. F. 12,5. — O. M. 13,5. — B. P. 10. — B. T. 8. — S. O. B. 11.

OBSERVATION X

(Recueillie à la Maternité, janvier 1901.)

Hémorragie clitoridienne.

La nommée L..., secondipare, vingt-trois ans, domestique.

Première grossesse à vingt-deux ans, s'est terminée à six mois par la naissance d'un enfant vivant qui a vécu une heure. La parturiente attribue cet accouchement prématuré à une chute qu'elle fit dans un escalier.

Deuxième grossesse actuelle évolue normalement et se termine spontanément à terme par la naissance d'une fille de 2.750 grammes en présentation du sommet position D. P. Aussitôt après la sortie de l'enfant, il s'écoule une quantité notable de sang. La délivrance est faite par expression. L'accouchée continuant à perdre, une injection chaude prolongée est faite. On cherche la source de l'hémorragie et l'on constate qu'elle ne vient pas de l'utérus qui est contracté, mais d'une déchirure du clitoris. L'aide sage-femme fait de la compression à l'aide d'un tampon maintenu un certain temps. L'hémorragie semble cesser : alors un tamponnement très serré est fait, maintenu par un bandage en T. Le pouls est irrégulier ; les muqueuses sont décolorées. L'hémorragie ne se reproduit pas.

Diamètres : O. F. 12,5. — O. M. 13. — B. P. 9,5. — B. T. 7,5. — S. O. B. 8.

OBSERVATION XI

(Empruntée à la thèse de Cistrier).

Hymen presque intact avant l'accouchement. — Expulsion très rapide. — Enfant petit. — Déchirure du capuchon clitoridien. — Hémorragie abondante.

La nommée R..., dix-neuf ans, domestique, primipare, entre à la Charité le 8 juin 1902 à 11 h. 30 du soir, parce qu'elle est en travail.

Examen à l'entrée. — Grossesse de huit mois à huit mois et demi.

(Date des dernières règles incertaine).

Sommet profondément engagé en O. I. D. P. Enfant vivant.

Urine normale, col long, fermé. La femme a quelques petites douleurs; elle dit d'ailleurs en ressentir depuis deux jours; la palpation permet de sentir des contractions utérines qui sont douloureuses. Examen de la région vulvaire avant l'accouchement. Petites lèvres volumineuses, longues surtout au niveau du capuchon qui est très développé. Hymen de forme annulaire presque intact, sauf une petite déchirure en haut et à gauche et une seconde en bas, un peu à gauche de la ligne médiane.

Accouchement. — A son entrée à 11 heures 30 du soir, la femme n'ayant que de très petites douleurs et le col étant encore long et fermé, l'élève, chargé de l'accouchement, va se reposer quelque temps. A 1 heure 30 du matin, la parturiente ayant demandé un bassin, la veilleuse de la salle de travail s'aperçoit que la tête est à la vulve et que la poche des eaux

se rompt sous ses yeux. L'élève de garde, immédiatement prévenu, accourt et trouve l'enfant entre les jambes de la mère : c'est une petite fille vivante du poids de 2.820 grammes. Diamètres : O. M. 12,4. — O. F. 11,7. — B. P. 9.

Délivrance naturelle et complète dix minutes après.

Examen de la région vulvaire après l'accouchement. — Entre l'expulsion de l'enfant et la délivrance on avait remarqué que malgré le bon état de l'utérus, la femme semblait perdre une notable quantité de sang. On en recueille ainsi 720 grammes. Comme elle continue encore à perdre après la délivrance et que l'utérus est bon, on fait une toilette vulvaire minutieuse et on examine la région vulvaire. Les petites déchirures préexistantes de l'hymen ont gagné les parties voisines. La déchirure inférieure gauche se prolonge sur la fosse naviculaire, la fourchette et la peau du périnée qu'elle entame sur une étendue de 2 centimètres. La déchirure supérieure gauche se continue en haut et à gauche sur la muqueuse du vestibule, et atteint la partie latérale gauche du capuchon qui est complètement divisé. On s'aperçoit qu'à ce niveau le sang coule en nappe et abondamment ; on fait de la compression avec un tampon, l'hémorragie continue ; puis tout à coup le sang jaillit en un filet de la grosseur d'une plume de corbeau. Deux pinces hémostatiques placées immédiatement n'arrêtent pas l'hémorragie. M. Saillant, interne du service, prévenu, arrive, fait mettre la femme dans la position obstétricale ; on donne à l'accouchée quelques gouttes de chloroforme. M. Saillant fait une ligature en masse avec un fil de soie de tout ce qui est pris dans les pinces. Le sang coule toujours et abondamment. Il fait alors une suture profonde à la soie et l'hémostase est enfin réalisée. On en profite pour placer un crin superficiel au niveau de la petite déchirure du périnée.

Toilette et pansement vulvaire. Pouls de l'accouchée lent et bien frappé.

OBSERVATION XII

(Recueillie à la Maternité, août 1901).

La nommée J..., primipare, vingt-six ans, domestique, accouche spontanément. La période d'expulsion a été lente, la tête apparaissant et disparaissant à chaque contraction. Aussitôt après la sortie de l'enfant, un écoulement de sang se produit dont la source est à la partie supérieure de la vulve. La délivrance est faite par expression. La région qui saigne est tamponnée. On place un bandage en T, l'hémorragie s'arrête.

OBSERVATION XII

(Recueillie à la Maternité, septembre 1899).

La nommée D..., primipare, vingt ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — Mère morte des suites de couches. Père atteint de rhumatisme et d'une affection pulmonaire.

Antécédents personnels. — Nourrie au biberon. Ne sait pas à quel âge elle a marché. A eu la rougeole.

Elle dit avoir toujours souffert d'oppression et de palpitations.

Premières règles à dix-sept ans, irrégulières, durant trois ou quatre jours.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, 10 décembre. Grossesse évolue normalement. Au sixième mois, elle fut hospitalisée à l'asile Stendal, d'où elle fut envoyée à Tenon où on lui dit

qu'elle a une affection cardiaque. Le 18 septembre, elle fut hospitalisée à l'asile Michelet. Le 22 septembre à 2 heures du soir, elle entre en travail et est amenée à la Maternité. On trouve de l'albumine dans ses urines ; il s'agit, sans doute, d'une albuminurie de travail. A Michelet, il n'y en avait pas. On l'envoie à la salle d'accouchement à 11 heures.

Le sommet est engagé en G. A. Le toucher fait constater une dilatation de 2 centimètres. Les contractions sont fortes et fréquentes et à 2 h. 20 la dilatation est complète. La poche des eaux est rompue. Liquide amniotique normal. Tête apparaît aussitôt à la vulve. Les contractions sont violentes et la parturiente pousse malgré les recommandations qu'on lui fait. C'est en vain que la sage-femme essaie de protéger le périnée, qui est franchi brusquement par la tête. Une déchirure se produit. A 2 h. 45, la délivrance est faite. A l'examen des organes génitaux on s'aperçoit que l'accouchée perd. La sage-femme palpe immédiatement l'utérus et constate qu'il est fortement rétracté. L'accouchée est mise en travers du lit, la sage-femme voit alors que le sang s'échappe en assez grande abondance des parties supérieure et inférieure de la petite lèvre droite. Elle fait immédiatement un tamponnement maintenu par un bandage très serré : l'hémorragie s'arrête. M. le Dr Porak vient à la salle et l'on défait le pansement pour lui montrer la déchirure. Elle ne saigne pas. A ce moment, la sage-femme quitte l'accouchée pour aller chercher un pansement propre, quand elle revient, elle s'aperçoit qu'elle perd et que le drap est traversé. Elle couvre immédiatement les organes génitaux de coton et comprime de toutes ses forces. Le coton s'imbibe rapidement. Elle fait alors comprimer l'aorte. L'écoulement est alors moins intense. M^{me} la sage-femme en chef arrive et fait faire de suite

la périnéorrhaphie, pendant qu'on remonte l'état général de la femme qui est exsangue. Sérum 1.000 grammes.

Diamètres : O. F. 11. — O. M. 14. — B. P. 9,5. — B. T. 8,5. — S. O. B. 9,5.

OBSERVATION XIV

(Recueillie à la Maternité, septembre 1898).

Hémorragie par rupture d'une varice vulvaire.

La nommée C..., primipare, vingt-deux ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein. A marché à dix mois. N'a jamais été malade. Premières règles à quinze ans et depuis bien réglée.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 17 décembre. Grossesse évolue normalement.

Présente aux membres inférieurs et aux organes génitaux des varices volumineuses.

Le 6 septembre, accouchement spontané présentation du sommet G. A. Fille vivante de 3.350 grammes. Après l'expulsion de l'enfant, il s'écoule une notable quantité de sang des organes génitaux. Comme l'utérus est dur et rétracté, on examine immédiatement les organes génitaux et on s'aperçoit qu'une varice vulvaire est rompue. On fait la compression digitale pendant un quart d'heure et l'hémorragie cesse.

OBSERVATION IX

(M. Besson. — Société anatomo-clinique de Lille,
24 janvier 1900).

Rupture d'une varice vulvaire.

Le 16 octobre entre à la Maternité une femme de vingt-quatre ans, enceinte pour la troisième fois. L'enfant est à terme et cette femme souffre depuis huit heures. On remarque des varices moyennes aux membres inférieurs et un paquet veineux assez accentué sur la grande lèvre gauche. L'accouchement se fait en O. I. D. P. Après l'accouchement, le sang ruisselle en cascade ; la délivrance se fait normalement. Devant cette hémorragie, on fait une piqûre d'ergotine et une injection vaginale chaude. L'utérus est revenu sur lui-même, le globe de sûreté existe et cependant le sang coule. On a alors l'idée qu'il peut bien s'agir d'une rupture de varices ; l'on regarde et l'on constate que le sang s'échappe par quatre à cinq petits orifices. On place alors un gros tampon à ce niveau. Le tout a duré un quart d'heure et la femme est mourante ; les téguments sont complètement exsangues. Le pouls a disparu à la radiale ; il existe à peine à la fémorale.

On pratique une injection massive de sérum artificiel, et on assiste alors à une véritable résurrection. M. Delassus, qu'on avait fait appeler, arrive.

Les pinces à forcipressure ne tiennent pas et ne permettent pas de faire des ligatures. On pratique alors une suture en masse.

Grâce aux injections de sérum artificiel, le pouls, qui était

misérable, se relève, le délire cesse. Les varices ont presque disparu.

OBSERVATION XVI

(Septembre 1904).

Rupture de thrombus vagino-vulvaire,

La nommée L..., secondipare, vingt-cinq ans.

Première grossesse à vingt-quatre ans se termine par un avortement de quatre mois.

Deuxième grossesse. — Pas à terme. Accouchement spontané en O. S. Délivrance par expression. Au moment de la toilette, la sage-femme constate au niveau de la partie inférieure de la grande lèvre une tumeur du volume d'une petite noix, de consistance ferme. La pression détermine de la douleur. Le diagnostic de thrombus est porté. M^{me} la sage-femme en chef est avertie. La parturiente se plaint de plus en plus, change constamment de position et dit avoir un besoin irrésistible de pousser. Le facies qui était très bon avant l'accouchement est décoloré. Le pouls est bon. M^{me} la sage-femme en chef examine et constate que le thrombus est rompu. La face regardant le vagin est violacée : le volume est celui d'une grosse orange. Il s'écoule du sang. Un tamponnement à la gaze stérilisée est commencé et fini par l'interne à l'aide d'une pince à pansement, l'introduction avec le doigt étant trop douloureuse. On fait un tamponnement vulvaire avec du coton hydrophile imbibé de sublimé qu'on maintient serré avec un bandage en T. Les douleurs sont continues et l'accouchée se plaint toujours. M. le Dr Porak vient à la salle, fait retirer la première mèche, l'écoulement

sanguin se reproduit ; la deuxième mèche qui faisait compression au fond du vagin et pouvait faire obstacle à la circulation est extraite. L'hémorragie s'arrête. On met un pansement sur la vulve, puis une vessie de glace. On remonte la malade avec du champagne et une injection de sérum.

OBSERVATION XVII

(Recueillie à la Maternité, décembre 1901).

Hémorragie par déchirure vaginale et hyménéale.

La nommée C..., primipare, vingt et un ans, accouche spontanément d'une fille de 3.150 grammes en position O. I. G. A. Vingt minutes après, la délivrance est faite, complète. Environ trois heures après, la malade perd assez abondamment. On lui fait des injections chaudes prolongées qui n'arrêtent pas l'hémorragie. M^{me} la sage-femme en chef introduit la main dans la cavité utérine et ramène des caillots. Une injection intra-utérine est faite, puis un tamponnement utérin à la gaze iodoformée. L'hémorragie se renouvelle quelques instants après : nouvelle injection intra-utérine qui n'arrête pas le sang. Alors, M^{me} la sage-femme en chef s'aperçoit que le sang coule en bavant. Elle examine les organes génitaux et constate que l'hémorragie vient d'une déchirure vagino-hyménéale. Un tamponnement vulvaire est fait, et l'hémorragie s'arrête.

Durée totale du travail, vingt-sept heures.

Diamètres : O. F. 12. — O. M. 13,5. — B. P. 10,5. — B. T. 8,5. — S. O. B. 10.

OBSERVATION XVIII

(D^r Charrier. — *Progrès médical*, 1877).

Déchirure du vagin. — Hémorragie.

Une primipare à vulvè étroite accouche avec des douleurs très vives et très rapprochées. Aussitôt après l'accouchement, il y eut un écoulement de sang assez considérable qui se continua après la délivrance. Je donnai du seigle, l'utérus revint énergiquement sur lui-même et resta contracté, et cependant la perte continuait. Comme j'avais toujours surveillé l'utérus et qu'il avait été toujours très dur et très petit, je pensai que l'hémorragie n'était pas utérine, j'appliquai un spéculum bivalve, je débarrassai le vagin des caillots et j'examinai le col qui tendait à se refermer. Le col ne donnait aucun suintement anormal. Alors en retirant très lentement le spéculum et en le tournant dans tous les sens, vers le tiers supérieur du vagin, je vis un jet de sang en arcade, isochrone au pouls de la mère. Ce sang venait d'une vaginale transverse, je trempai une boulette de charpie dans du perchlorure de fer à 36 degrés. Je l'appliquai sur l'artère rompue, je l'y maintins, et au bout d'un laps de temps très court, le jet de sang s'arrêta pour ne plus revenir.

OBSERVATION XIX

(Recueillie à la Maternité).

Hémorragie par rupture d'un diaphragme vaginal.

Tamponnement vaginal.

La nommée B..., primipare, âgée de trente ans, blanchisseuse, accouche spontanément à 8 heures du soir le 25 avril, d'un garçon en présentation du sommet, position G. A. Aussitôt après l'expulsion de l'enfant, du sang s'écoule en un jet fin et continu. L'utérus est petit et rétracté, le placenta est dans le vagin. On termine la délivrance afin de chercher de suite la source de l'hémorragie. L'examen des organes génitaux externes fait voir une petite déchirure à la partie postérieure qui ne donne pas de sang. Pratiquant alors le toucher, M^{lle} Hénault trouve des caillots accumulés dans le vagin. Le col est dur, volumineux, rétracté dans ses portions sus et intra-vaginales. Le circonscrivant, elle trouve un peu en avant des culs-de-sac un repli extrêmement mince qui constitue un lambeau qu'on amène facilement à la vulve. Il est adhérent sur tout le pourtour du vagin, sauf sur la partie latérale gauche et un peu en avant où il est déchiré. Ce lambeau appartient probablement à un diaphragme qui s'est déchiré au moment de l'accouchement et cause l'hémorragie. On fait une injection intra-utérine et un tamponnement vaginal ; l'hémorragie cesse.

OBSERVATION XX

(Empruntée à la thèse du D^r Bordas).

(*Annales de médecine d'Anvers*, 1861. — Van Hoesendouck).

Hémorragie vaginale suivie de mort.

Le 16 août 1858, on vint me prévenir de me rendre chez la femme Van N. N..., âgée de trente-six ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution délabrée, enceinte pour la quatrième fois. L'accouchement se fit assez régulièrement, toutefois l'expulsion du fœtus éprouva un assez long retard, à cause de la grosseur peu ordinaire de la tête de l'enfant. Cette circonstance m'engagea à soutenir le périnée et cette précaution m'autorisa à croire que cette partie n'avait pas été déchirée pendant la sortie de cette tête démesurée. On voudra bien ne pas perdre de vue que, dans la contrée que j'habite, on a l'habitude d'accoucher les femmes après les avoir placées convenablement sur un lit, tandis que, dans la plupart des maternités, on a recours à un fauteuil plus particulièrement destiné à cet usage. Ce procédé donne un avantage, que n'accorde pas le premier, celui de pouvoir constater les déchirures sans que celles-ci puissent laisser l'accoucheur dans le doute. Je me rappelle que les choses se passaient ainsi pendant mon séjour à Louvain. La délivrance se fit d'une manière prompte et facile. Comme le mari était absent, je fus obligé de prendre le nom de la mère et de l'enfant pour les donner à l'état civil. Entre temps la femme commença à se plaindre de faiblesses au point qu'elle attira mon attention. Aussi ma surprise fut grande

quand je vis la pâleur de l'accouchée, lorsque je constatai la petitesse et l'absence presque complète du pouls, et que se présentèrent enfin tous les symptômes d'une hémorragie abondante. Je m'empressai de soumettre la femme à un examen sévère qui me montra la matrice convenablement contractée, ce qui, toutefois, ne m'empêcha pas d'appliquer des compresses d'eau froide sur l'abdomen, d'exercer des frictions et une pression continue sur les parois du ventre, voulant, par l'emploi méthodique de ces moyens, provoquer davantage encore la contraction de l'utérus. N'obtenant aucun résultat favorable et les mêmes symptômes continuant toujours avec la même gravité, j'introduisis la main dans le vagin pour exciter l'intérieur de la matrice. Cependant cet essai ne put réussir, la contraction de la matrice était si forte qu'il ne me fut pas possible d'y pénétrer. Pendant que j'eus recours à ces moyens pour parer à la gravité des accidents, la femme était devenue encore plus pâle, en même temps que la froideur avait augmenté.

Cette hémorragie opiniâtre eut lieu de m'étonner, d'autant plus que l'utérus était si bien contracté. Il fallait cependant chercher à me rendre compte de cette perte sanguine qui ne faisait que continuer. Il était indispensable de recourir à d'autres moyens d'investigation pour éclairer mon diagnostic. Une chandelle allumée me montra la présence d'une grande quantité de sang, et poussant plus loin mon examen vers la partie externe visible du vagin, j'y découvris une petite déchirure dirigée obliquement et située à la partie gauche de la paroi postérieure. C'est par cette déchirure que la perte du sang ne discontinuait pas de se faire. Une compression exercée intérieurement par le pouce et extérieurement par l'index parvint à arrêter l'hémorragie au bout d'à peu près un quart d'heure.

Entre temps, j'avais chargé une personne de chercher du vin ; une autre s'était rendue chez le ministre du culte, dont la grave situation de la malade réclamait les secours spirituels. La femme était dévorée d'une soif immodérée que rien ne put étancher. Je ne négligeai aucun des moyens dont je pouvais me servir pour conserver cette malheureuse. Hélas, sa situation s'aggrava d'un instant à l'autre. On apporta enfin le vin, qu'on avait dû aller chercher à une grande distance. L'intelligence s'abaissa à vue d'œil. La femme ne se rendit plus compte de ce qui se passa autour d'elle. Elle se tourna tantôt à gauche, tantôt à droite, et les conseils qu'on lui donna de rester tranquille furent à peine écoutés. Elle se coucha enfin sur le dos, éprouva quelques légères contractions des muscles de la face, jeta la tête en arrière et expira. Deux heures s'écoulèrent à peine entre le commencement de l'hémorragie et la mort de la femme.

OBSERVATION . XXI

(Du même auteur).

Le 6 octobre, à 5 heures du matin, je fus appelé auprès de la femme N. N.,... âgée de trente-quatre ans, d'une forte constitution et primipare.

L'examen me montra les parties génitales, ainsi que le vagin, peu préparés au travail. Il ne fut pas difficile de constater, au travers des membranes, une deuxième position du sommet. Les douleurs étaient fortes et irrégulières, l'accouchement se fit bien, seulement l'expulsion de l'enfant fut assez

longue à s'opérer. Enfin la femme mit au jour un garçon assez gros et bien constitué. Après l'avoir confié à la garde d'enfant, je m'empressai de donner immédiatement mes soins à l'accouchée et de lui appliquer, selon l'usage, le bandage de corps. Ce qui me frappa toutefois fut la pâleur excessive de la femme. Aux questions que je lui adressai, elle répondit qu'elle se sentait perdre beaucoup de sang. L'examen me fit constater que l'utérus était bien contracté et le placenta dans le vagin. Son enlèvement n'empêcha pas la perte de continuer. Comme la matrice était parfaitement dure, il fallait que l'hémorragie eût sa source dans un autre organe.

Le fait relaté dans la première observation me fut ici d'une utilité manifeste. Chez la femme qui fait le sujet de celle-ci, la matrice était régulièrement contractée ; mais aussi, sans temporiser un instant, j'explorai le vagin et, de même que chez la première accouchée, je découvris une déchirure oblique qui, sans discontinuer, fournissait une grande quantité de sang. J'eus recours à la compression exercée de la même manière que chez l'autre femme, et par ce moyen l'écoulement cessa pour ne plus reparaitre. Pour plus de sûreté, il me parut convenable d'appliquer une petite éponge sur le vaisseau lésé, de la couvrir de compresses humides, et de soutenir le tout au moyen d'un bandage approprié. Chez cette femme il n'y eut pas de syncope. Après vingt-quatre heures, l'éponge fut enlevée avec une grande masse de sang coagulé, ce qui nous engagea à réappliquer et à maintenir l'appareil pendant toute une journée. La femme se rétablit promptement.

OBSERVATION XXII

Présentation de l'épaule. — Version. — Hémorragie par déchirure du col.

Malade multipare âgée de trente-neuf ans, repasseuse, entre à la Clinique le 17 août 1903.

A eu six grossesses antérieures qui se sont terminées par la naissance de deux enfants vivants et de quatre morts pendant le travail. Elle a cinq présentations vicieuses avec procidence du cordon.

La malade a marché à quinze mois, a toujours été bien portante, sauf une rougeole à l'âge de dix-sept ans.

Septième grossesse actuelle. Du 1^{er} au 5 décembre, dernières règles.

A son entrée à la clinique, la malade est placée au dortoir du bas, car elle présente dans ses urines une grande quantité d'albumine.

A l'examen, œdème des jambes considérable, avec varices. Œdème sus-pubien.

La malade raconte qu'à toutes ses grossesses, elle a eu de l'albumine dans ses urines.

A l'examen, on constate une présentation de l'épaule élevée ; la tête est dans le flanc droit et le siège à gauche.

Au toucher, on atteint le promontoire ; mais le bassin n'est pas autrement touché.

On donne du lait à la malade et rien de particulier ne se passe jusqu'au 26 août.

Le 26, au matin, la malade ressent quelques petites douleurs

qui vont en augmentant surtout à partir de 4 heures du soir.

Après les soins ordinaires, la malade rentre à la salle de travail à 5 heures du soir.

A ce moment, à l'examen, on constate une présentation transversale, une dilatation de 3 centimètres et on sent nettement battre le cordon derrière les membranes qui sont heureusement très résistantes.

M. le chef de Clinique exécute la version céphalique par manœuvres externes et ramena la tête en bas, mais précédée d'un paquet de cordon. Malgré la pose de tampons d'ouate et d'une ceinture, la présentation primitive reparaît.

On enlève la ceinture et M. le chef de Clinique tente la version par manœuvres mixtes.

Il ramène le siège au niveau du détroit supérieur et le paquet de cordon semble moins volumineux que précédemment.

On pose à nouveau le bourrelet d'ouate et la ceinture.

On téléphone à M. Demelin qui conseille de poser les écarteurs pour hâter la dilatation.

Pendant que l'on fait bouillir l'instrument, les douleurs deviennent très violentes et très rapprochées.

Au moment de placer l'écarteur, M. le chef de Clinique constate que la dilatation est presque complète et que par conséquent l'écarteur n'aurait pas d'utilité.

Il décide de terminer l'accouchement. La femme est placée en travers, on lui donne du chloroforme. A l'examen du cœur, on constate un léger souffle au premier temps et un dédoublement du deuxième bruit à la base. La malade endormie, M. le chef de Clinique introduit deux doigts de la main droite et deux doigts de la main gauche et commence à dilater le col suivant la méthode de Bonnaire. La dilatation complète est

rapidement obtenue, après l'introduction de trois et quatre doigts de chaque main.

On rompt les membranes avec le perce-membrane et immédiatement s'écoule du liquide amniotique et une anse du cordon arrive à la vulve et on trouve de suite deux pieds. L'extraction a lieu facilement, les deux bras relevés sont rapidement abaissés. L'extraction de la tête présente quelques difficultés. Le col est revenu sur le cou de l'enfant. On se demande si c'est bien le col ou l'anneau de Bandl. On arrive cependant à extraire la tête. L'enfant pèse 2400 grammes et pousse bientôt son premier cri.

La femme est mise dans son lit et se réveille bientôt. La délivrance se fait normalement. Le placenta pesant 420 grammes est complet. Les membranes sont complètes. On a affaire à une insertion marginale du cordon. Ce dernier mesure 60 centimètres. Tout est terminé à 8 heures.

On fait une injection intra-utérine iodée.

Vers 9 heures moins le 1/4, la malade se plaint brusquement d'un état de faiblesse particulier.

On constate à ce moment la disparition presque complète du pouls, la figure est pâle. On découvre la malade et on constate que *l'utérus est dur*, mais il sort de la vulve un peu de sang en nappe, peu à la fois mais continuellement.

On fait de suite une piqûre d'éther, de caféine, on fait respirer de l'oxygène et on donne une *injection chaude*. La petite hémorragie tout d'abord arrêtée, reparait bientôt. On fait alors un *tamponnement intra-cervical* et vaginal très serré. Puis on injecte environ 400 grammes de sérum.

La malade se sent mieux. Le pouls devient perceptible et toute crainte d'accident semble écartée.

Le lendemain, 27 août, on retire le tamponnement tout imbibé de sang.

Depuis, l'hémorragie ne s'est pas reproduite.

Très vraisemblablement cette hémorragie provenait d'une petite hémorragie du col.

La femme, aujourd'hui 30 août, est en bon état, mais l'albumine persiste, ainsi que les lésions cardiaques, ce qui doit faire penser à un mal de Bright.

OBSERVATION XXIII

(Empruntée à la statistique de la Clinique d'accouchement
Tarnier, année 1902, par M. Ferret).

Hémorragie. — Mort.

S..., quarante-trois ans, Il-pare, entre à la clinique le 20 juin à 2 h. 1/2 du soir, ayant perdu les eaux ; on la met en observation au dortoir. Injection et tamponnement vaginal, température normale, urine normale.

La nuit du 21 au 22, elle dit souffrir, elle est examinée à 2 heures du matin, col diminué de longueur, perméable aux deux orifices.

A 6 h. 20, elle est examinée à nouveau : col effacé, dilatation 1 centimètre, on la monte à la salle de travail. Après lui avoir fait donner un bain, les contractions deviennent très énergiques, elle pousse à chaque contraction malgré les recommandations qu'on lui fait.

A 7 h. 15 du matin elle accouche spontanément d'une fille vivante, poids 2.600 grammes.

A 7 h. 25, délivrance naturelle et complète.

A partir de ce moment, la malade perd du sang en *petite quantité, mais d'une façon continue, l'utérus est pourtant bien contracté*, la main introduite dans l'utérus ne retire aucun caillot ; on *remarque une légère déchirure du col*, on fait à la malade une injection utérine très chaude de 4 litres. Mais le sang continue à couler. M. Perret fait un tamponnement vaginal, aussitôt les tampons imprégnés, le sang reparait, on fait à la malade une injection d'ergotine, de caféine et de sérum artificiel.

Le tamponnement est retiré et remplacé par un autre intra-utérin et vaginal, au bout de quelques instants l'hémorragie continue.

En écartant les lèvres, on s'aperçoit que l'hémorragie se produit en nappe, le sang s'écoule du col et du vagin. M. Macé aide M. Perret à mettre des clamps sur la déchirure du col, pendant ce temps on injecte du sérum à la malade qui a un poulx filiforme ; plusieurs injections de caféine et d'éther lui sont faites ; injection intra-veineuse de sérum.

Enfin à 10 heures du matin, après avoir perdu depuis 7 h. 20 d'une façon *continue*, malgré tous les soins qui lui furent prodigués, *elle meurt*.

Autopsie (résumée). — L'orifice externe du col est légèrement déchiré ; les parois vaginales sont le siège d'une infiltration sanguine.

L'examen des autres organes ne révèle aucune lésion spéciale sinon une coloration pâle.

En résumé, dit M. Perret, cette autopsie ne révèle aucune altération capable d'expliquer la mort, si ce n'est toutefois la teinte pâle, exangue, de divers organes.

Causes de la mort : *Hémorragie*.

OBSERVATION XXIV

(Empruntée à la statistique de la Clinique d'accouchements
Tarnier. Année 1901).

*Accouchement méthodiquement rapide pour procidence du cordon.
— Déchirure du col remontant jusqu'au segment inférieur. —
Hémorragie.*

B..., femme de ménage, III^e pare, entrée à la Clinique le
7 décembre 1901.

Antécédents personnels. — Née à terme, élevée au sein, a
marché à deux ans. Aucune maladie aiguë. Réglée à vingt et un
ans, elle a eu deux grossesses qui se sont terminées spontané-
ment à terme.

La grossesse actuelle remonte au 25 février et n'a rien pré-
senté de particulier.

Le 24 décembre, à 10 h. 1/2, la malade perd les eaux pen-
dant qu'elle se promenait dans les galeries. On l'examine
aussitôt, et on constate dans le vagin la présence d'une anse de
cordon. Le col est perméable comme chez une multipare, mais
il n'y a pas de début de travail. La femme est transportée à la
réception où M. Perret l'examine à son tour. Il lui semble qu'il
existe de faibles battements dans le cordon. Dans l'espoir de
réduire la procidence, il transforme en présentation du siège la
présentation du sommet en faisant une version par manœuvres
externes. Mais la procidence n'est pas réduite, à cause sans
doute de l'insertion basse du placenta qui est là tout près.

Il tente alors la dilatation manuelle : il introduit progressi-
vement les cinq doigts dans le col qu'il essaie de dilater : mais

celui-ci est épais, dur et résistant. L'opération est longue et pénible. Néanmoins, les battements persistant dans le cordon, M. Perret continue. A un moment, du sang commence à couler le long de son bras ; sa main fatiguée ne sent pas que le col commence à se déchirer.

La dilatation est complète au bout d'une heure.

M. Perret attire au dehors le pied qu'il a sous la main. A ce moment, un flot de sang noir jaillit. M. Budin remplace M. Perret fatigué et extrait facilement le siège, le tronc et les bras. Il ne peut arriver à trouver la bouche de l'enfant, car le menton est resté accroché derrière la symphyse. M. Budin ramène le menton en arrière et extrait la tête par la manœuvre de Mauriceau. Aussitôt après l'extraction de la tête un flot de sang s'écoule au dehors.

L'examen permet de constater à droite une déchirure du col qui s'étend jusqu'à l'insertion vaginale et peut-être plus haut.

Délivrance artificielle ; tamponnement intra-utérin serré avec le paquet de gaze iodoformée. Il est midi.

La malade est dans un état inquiétant.

Elle est pâle. Le pouls est filiforme, les extrémités sont froides. Injection de 800 grammes de sérum, potion de Todd, champagne.

A 3 h. 45 on s'aperçoit que le sang après avoir traversé le tamponnement, commence à sourdre au dehors. Le pouls est petit, filiforme ; l'état général médiocre.

Nouvelle injection de 1 litre de sérum.

La malade continue à s'affaiblir. A 4 h. 1/4 injection intraveineuse de 640 grammes de sérum. M. Budin n'ayant pu être prévenu, on pria M. Demelin de venir à la clinique. Il arrive à 6 heures et fait tout préparer pour une hystérectomie. Pendant

les préparatifs, arrive M. Budin qui, jugeant l'état de la femme trop grave pour qu'on puisse tenter une opération, fait un nouveau tamponnement très serré.

Malgré tout, la femme succombe à 8 heures du soir.

Autopsie. — Aspect extérieur : Le cadavre est très pâle, les pieds et les mains sont blancs.

Cavité thoracique : Les poumons sont exsangues. Cœur normal, un peu dilaté, vide de sang.

Cavité abdominale : Le foie est très pâle, à l'incision il ne s'écoule pas de sang.

Les reins sont pâles, sans lésions.

L'utérus est volumineux, il ne renferme aucun débris placentaire. Sur sa partie postéro-latérale droite, on trouve une déchirure partant du col et s'élevant jusqu'au segment inférieur, le tissu sous-péritonéal environnant est infiltré de sang. Cette déchirure est peu profonde, sa direction est à peu près rectiligne.

OBSERVATION XXV

(Empruntée à la Statistique de la Clinique d'accouchement Tarnier. Année 1903).

Hémorragie du Col.

La nommée L..., trente-trois ans, ménagère, VII-pare, entre à la Clinique le 27 août, à 1 heure du soir.

Palper difficile (adiposité, œdème, excès de liquide amniotique). Cependant on croit pouvoir affirmer que l'extrémité céphalique est en bas.

Bruits du cœur normaux.

Dilatation de 2 centimètres. Poche des eaux intacte et volumineuse. Partie fœtale élevée. Douleurs rapprochées. Etat général bon. Albuminurie intense. Soins préliminaires habituels : lavement, grand bain tiède.

A 2 heures, quand la sage-femme de garde examine la parturiente, à la sortie du bain, elle est frappée de l'œdème énorme des cuisses et du sus-pubis. Elle respire mal, son visage est rouge et congestionné. Elle se dit inquiète de l'issue de son accouchement, M. Pierra la rassure et elle se colore un peu.

Les contractions se rapprochent, la dilatation s'effectue rapidement. La partie fœtale descend, et l'on constate que l'on a affaire à une présentation de la face en M. I. D. P.

A 2 h. 1/2, dilatation complète, et rupture spontanée des membranes, liquide teinté de méconium. Les bruits du cœur, sans se ralentir, deviennent un peu irréguliers.

La tête effectue sa rotation et se dégage spontanément en M. P. à 3 heures, mais les épaules n'ont pas tourné et restent dans le diamètre oblique D. On met la femme en travers du lit, et le moniteur de garde tire pour dégager les épaules. Ce n'est qu'après dix minutes de tractions énergiques qu'il y parvient.

L'enfant, très volumineux, semble d'abord en état de mort apparente. Mais, après quelques tentatives inutiles pour le ranimer, on est bien obligé de constater que la mort est réelle. Il pèse 5.300 grammes, sa longueur est de 60 centimètres, ses diamètres céphaliques sont les suivants :

O. M. 15. — O. F. 13,2. — S.O.B. 10,5. — B. P. 11. — B. T. 9,2.

Bis-acromial : 17,6.

A peine M. Pierra a-t-il quitté la parturiente, pour suivre son enfant à la crèche, que l'élève chargé de la surveiller le rappelle auprès d'elle. Elle a une hémorragie, et perd très rapidement, presque instantanément, une abondante quantité de sang, peut-être 1 litre. Cependant l'utérus est dur, ne remonte pas très haut se contracte bien sous la main, qui en maintient le fond. Il ne s'agit donc pas d'une hémorragie par inertie. L'état général est mauvais ; facies pâle, exsangue ; pouls petit et filiforme ; une syncope semble menaçante. Immédiatement, M. Pierra pratique une injection de sérum artificiel. On fait également des piqûres de caféine et d'éther. Il tente, sans succès, la délivrance par expression et traction. En présence de cet échec, et bien que la femme ne perde plus, il se décide à pratiquer la délivrance artificielle, sur l'avis de M. Bouchacourt. Pendant toute l'intervention, la femme, trop faible pour être anesthésiée, respire de l'oxygène. Au toucher, on trouve, comme il fallait s'y attendre, un col irrégulier, déchiqueté sur tout son pourtour avec, du côté droit, une large lacération, dont on ne peut apprécier exactement l'étendue. Le décollement du placenta présente des difficultés : une portion notable est enchatonnée dans la corne droite de l'utérus, et l'on ne parvient que difficilement à l'en séparer. L'utérus ne saigne plus ; mais, maintenant, il se contracte mal. On fait passer dans sa cavité, successivement, 8 à 10 litres d'eau iodo-iodurée très chaude, en même temps qu'avec une main on exerce sur le fond de l'organe, à travers la paroi abdominale, un massage continu. Le muscle réagit d'abord, puis se lasse bientôt, et redevient flasque. En même temps, l'état général s'aggrave : le pouls est de plus en plus petit ; la femme étouffe, s'agite.

Pour prévenir une nouvelle hémorragie, M. Bouchacourt

pratique un tamponnement utéro-vaginal très serré. En abaissant le col à la vulve, il constate, moins encore que par le toucher, la séparation du col, à droite, en deux larges lambeaux, par une déchirure qui remonte jusqu'à l'insertion vaginale. Il est 4 h. 1/2 quand la double intervention est terminée.

Malgré les soins, l'état général empire. Le pouls est nul ; la dyspnée extrême. Il y a de l'agitation, presque du délire. De nouvelles piqûres d'éther, de caféine sont faites. On tente en vain la respiration artificielle, les tractions rythmées de la langue, et la femme meurt à 5 h. 1/2.

Autopsie. — Non faite.

OBSERVATION XVI (Recueillie à la Maternité).

Hémorragie du col et du vagin. — Tamponnement cervico-vaginal.

La nommée G..., primipare, domestique, âgée de vingt-deux ans.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère morte d'une fluxion de poitrine.

Antécédents personnels. — Ignore à quel âge elle a marché. Fièvre typhoïde à huit ans.

Réglée à seize ans : depuis régulièrement.

Entre dans le service à huit mois de grossesse.

Bassin normal. Urines normales.

Sommet engagé en G. A.

Le 8 mai, à minuit, elle descend à la salle de travail avec une dilatation de 2 centimètres.

L'orifice est épais, fongueux, les glaires qui s'écoulent sont sanguinolentes.

Contractions régulières. Soins antiseptiques.

Examen. — Col élevé à gauche, dilaté de 2 centimètres.

Sommet pas très fléchi.

A 3 heures la poche des eaux apparaît à la vulve, la dilatation est presque complète. Les bruits du cœur sont bons. On rompt la poche des eaux.

A 4 heures un gros enfant de 4.450 grammes est expulsé.

Il s'écoule des organes génitaux un léger filet de sang que la sage-femme attribue au décollement du placenta. A 4 h. 1/2 ce dernier est expulsé : il pèse 750 grammes. Les membranes sont complètes. L'accouchée perd d'une façon continue. L'utérus n'est pas très rétracté. L'aide sage-femme fait une injection intra-utérine qui n'arrête pas l'hémorragie. Faisant le toucher elle constate une déchirure du col. Il existe aussi une déchirure du vagin. Un tamponnement cervico-vaginal est fait, maintenu par un bandage en T. L'hémorragie est arrêtée.

OBSERVATION XVII

(Recueillie à la Maternité).

Hémorragie par déchirure du col.

La nommée N..., secondipare, domestique, âgée de vingt-deux ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — Elevée au sein maternel. A marché à onze mois. Aucune maladie d'enfance.

Premières règles à quinze ans, régulières.

Première grossesse à dix-huit ans. Terminée à terme par une application de forceps. Un garçon actuellement bien portant. Fièvre. Administration de quinine. Déchirure du périnée non réparée.

Deuxième grossesse actuelle. — Dernières règles le 12 novembre 1900, grossesse évolue normalement.

Le 20 août 1901, vers le soir, ressentant une douleur, part de chez elle à pied et vient à la Maternité. Aucune douleur durant le trajet. Arrivée à la réception, on constate que la dilatation est complète. A peine fut-elle placée sur le lit qu'elle accouche d'une fille pesant 3.100 grammes. Une hémorragie assez abondante suit immédiatement l'accouchement. La délivrance est faite à la salle de réception. Comme la perte continue, on monte l'accouchée dans la salle de travail. Là, on reconnaît que l'hémorragie vient d'une déchirure du col. On fait un tamponnement cervico-vaginal très serré. Boissons alcooliques remontent la malade. L'hémorragie ne se reproduit plus.

Diamètres : O. F. 11. — O. M. 13,2. — B. P. 9,5. — B. T. 8. 2. — S. O. B. 10,5.

CONCLUSIONS

I. — Au cours de l'accouchement, le médecin peut avoir à combattre des hémorragies qui ont une autre source que la cavité utérine.

II. — Elles proviennent des plaies du canal génital, d'origine spontanée ou traumatique, et de la rupture de varices ou de thrombus.

III. — Quand, après l'expulsion du fœtus, il survient une perte de sang et que l'utérus est *dur*, *rétracté*, on devra songer à une hémorragie du canal cervico-vagino-vulvaire.

IV. — Il est important, si l'on veut éviter de fâcheux accidents, de faire le diagnostic exact du siège de l'hémorragie. L'inspection, le toucher, l'examen au spéculum permettront d'y arriver presque toujours.

V. — Le meilleur traitement, le plus rationnel est la ligature du vaisseau ou la suture de la plaie. Si cette opération est difficile ou impossible, principalement

dans les cas d'hémorragies cervicales, on placera à demeure une longue pince-clamp ou l'on pratiquera le tamponnement qui est le véritable traitement d'urgence.

Vu le Président de la thèse :

BUDIN

Vu le Doyen :

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ALQUIER. — Etiologie des déchirures périnéales d'origine obstétricale. Thèse, Bordeaux, 1904.
- ARDOUIN. — Déchirures du vagin et du périnée. Thèse, Paris, 1890.
- AUVARD. — Traité d'accouchements.
— Travaux d'obstétrique, t. II, p. 536 et 753, 1888.
- AUDEBERT. — Congrès de Genève, 1896.
- BAILLY. — Gazette des hôpitaux, 1873.
- BAR. — Notes d'Obstétrique, p. 35. Paris, 1889.
- BAUDELLOCQUE. — Art des accouchements, Paris, 1807.
- BESSON. — XIII^e Congrès de Médecine. Paris, 1900.
- BONNAIRE. — Du périnée obstétrical, ampliation physiol. et effractions. Paris, 1894.
- BORDAS. — Contribution à l'étude diagnostique du siège des hémorragies du col, du vagin et de la vulve, se produisant pendant l'accouchement. Thèse, Paris 1880.
- BUDIN. — Des varices chez la femme enceinte. Thèse d'agrégation. Paris, 1880.
— Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels. Paris, 1878.
— Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal. Paris, 1879.
— Note sur un signe permettant de reconnaître une

hémorragie des parois du vagin après l'accouchement.

- Obstétrique et gynécologie, p. 267. Paris, 1886.
- Sur une disposition des petites lèvres chez la femme. Progrès médical, mai 1884, et Obstétr. et Gynécol. Paris, 1886, p. 331.

BUDIN. — Description d'un cas dans lequel l'accouchement n'a déterminé chez une primipare que de légères fissures de l'orifice hyménéal. Progrès médical, 1887, 2^e série, t. VI, p. 460, et Femmes en couches et nouveau-nés. Paris, 1897.

- De la perforation des petites lèvres : son mode de production. Progrès médical, 1887, 2^e série, t. VI, p. 331 et Femmes en couches et nouveau-nés. Paris, 1897.

BUDIN (F.). — Désinsertion de l'extrémité inférieure au cours de l'accouchement spontané chez la primipare. Thèse, Paris, 1904.

BUDIN et DEMELIN. — Manuel pratique d'accouchements et d'allaitement. Paris, 1904.

CHAILLY (Honoré). — Traité de l'art des accouchements, 5^e édition. Paris, 1867.

CAZIN. — Mémoires pour le prix Capuron, 1879.

CISTRIER. — Contribution à l'étude des plaies de la région vulvaire lors de l'accouchement chez la primipare. Paris, 1902.

COMMANDEUR. — Topographie des culs-de-sac vaginaux. Thèse de Lyon, 1894.

CONTENCIN. — Contribution à l'étude des culs-de-sac du

vagin au cours de l'accouchement. Thèse, Montpellier, 1903.

CORNILLON. — Mouvement médical, 1872.

DELEURYE. — Traité des accouchements. Paris, 1870.

DELAHOUSSE. — Rupture des varices vulvaires pendant l'accouchement. Thèse, Paris, 1901.

DEMELIN. — Obstétrique d'urgence. Paris, 1900.

— Revues et Mémoires d'Obstétrique. Paris, 1900.

— Revue générale de Clinique et de Thérapeutique. Obst. d'urgence.

DEPAUL. — Dictionnaire des Sciences médicales. Art. Bassin.

DROMAIN. — Déchirures de la vulve et du périnée. Thèse, Paris, 1877.

FAIVRE. — Déchirure des culs-de-sac dans l'accouchement. Thèse, Paris, 1904.

FRITSCH (H.). — Die diagnose und Therapie der Nachblutungen ans Grossen cervicalrissen. Deutschen zeitschrift für practische medicin, 1877, n^{os} 36 et 37.

GODARD. — Déchirures profondes du vagin et du col utérin lors de l'accouchement. Policlinique. Bruxelles, 1900, t. IX, p. 187.

JUMNÉ. — Revue de Médecine et de Chirurgie, t. VII, 1849.

KLEINWACHTER. — Prager Wierteljahrsschrift, Heilk III.

KLAPROTH. — Monatsschrift für Gleurtskunde, XI et XIII.

LACHAPELLE (M^{me}). — Pratique des accouchements, t. III, p. 197. Paris, 1825.

LABORDE. — Hémorragies par déchirures du col après l'accouchement. Thèse, Paris, 1890.

LEHMANN. — Monatsschrift für Geburtskunde, XII.

LAROYENNE. — Lyon médical, vol. VIII, 1875.

- MAYGRIER. — Perforation symétrique des petites lèvres pendant l'accouchement. Bulletins et mémoires de la Société obstétricale et gynécologique, p. 103. Paris, 8 mars 1894.
- MARTIN. — Etude sur les déchirures du vagin et du périnée. Annales de Gynécologie. Paris, 1876.
- MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées. Paris, 1675.
- MATTHEWS DUNCAN. — Mécanisme de l'accouchement normal et pathologique, traduit par M. Budin. Paris, 1876.
- MOREL. — Ruptures et perforations de la paroi postérieure du vagin. Thèse, Paris, 1897.
- MOUGEOT. — Thèse de Paris, 1883.
- MOUSSAUD. — Thèse de Paris, 1890.
- MULLER. — Scanzoni's Beiträge zur Geburtskunde, VII, 1, 1870.
- MURRAY. — Varicose hemorrhage from the cervical zone of the uterus. The Obstetrical Journal of Great-Britain, t. I, p. II.
- NAEGELÉ et GRENSER. — Traité pratique de l'art des accouchements. Strasbourg, 1869.
- OUI. — Revue d'Obstétrique, 1893.
- OUTREPONT. — Mémoires et matériaux concernant l'art des accouchements.
- PEU. — Pratique des accouchements, Paris, 1694.
- PINGEON. — Archives générales de médecine, Paris, XXX, 1832.
- PLAYFAIR. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. Traduction du Dr Vermeil, Paris, 1879.
- POPPEL. — Monatschrift für Geburtskunde, XVIII.

- RIBEMONT et LEPAGE. — Précis d'obstétrique, 6^e édition.
- ROCHE. — Hémorragies de l'accouchement qui ont leur origine en dehors du corps de l'utérus. Thèse, Paris, 1886.
- SIMPSON. — Clinique obstétricale et gynécologique, traduite par le Dr Chantreuil. Paris, 1874.
- SCHROEDER (C.). — Manuel d'accouchements, traduit par le Dr Charpentier, Paris, 1875.
- SALLÉ. — Déchirures du vagin pendant l'accouchement. Thèse, Paris, 1892.
- SÉCHEYRON. — Sur la perforation des petites lèvres. Progrès médical, 1887, 2^e série, t. VI, p. 331 et Annales de gynécologie, avril 1887, p. 262.
- TARNIER. — Traité de l'asepsie et de l'antisepsie.
- TARNIER. — Congrès de la Société obstétricale de France, 1896.
- TARNIER et BUDIN. — Traité des accouchements.
- THORE. — Considérations sur les déchirures des parties supérieures et latérales de la vulve dans les accouchements. Thèse, Paris, 1886.
- VARNIER. — La pratique des accouchements. Obstétrique journalière.
- VELPEAU. — Traité complet de l'art des accouchements. Paris, 1835.
- VAN HOESEDOUCK. — Annales de médecine d'Anvers, 1861.
- WEILLER. — Thèse de Nancy, 1897.
- WINCKEL. — Die pathologie und therapie den Wochenbettes, 1878.
- WIFFELS. — Revue de médecine et de chirurgie, t. IV.

